IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI
DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA DI ROMA

FRANCESCO DURANTE
DIRETTORE
DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO DI ROMA

Prof. VITTORIO ASCOLI, REDATTORE CAPO

SEZIONE PRATICA

Vol. XXII — Anno 1915

ROMA
N. 14-15 — Via Sistina — N. 14-15

1915

COLLABORATORI EFFETTIVI

DELLA SEZIONE PRATICA

per il 1915.

Prof. **GUIDO BACCELLI**, direttore della Clinica medica della R. Università di Roma.

Prof. **FRANCESCO DURANTE**, direttore dell'Istituto chir. della R. Università di Roma.

Prof. **VITTORIO ASCOLI.**

Alessandrini prof. Giulio - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Amoedo prof. Oscar - Parigi.
Andreotti dott. Marino - Bientina.
Ascarelli prof. Attilio - Roma.
Azara dott. Pietro - Grosseto.
Baldoni prof. Alessandro - Roma.
Bartolotti dott. Cesare - Cavarzere.
Basile prof. Giuseppe - Roma.
Bilancioni prof. Guglielmo - Roma.
Belli prof. Carlo Maurizio - Taranto.
Bompiani dott. Roberto - Roma.
Boschi prof. Gaetano - Ferrara.
Breccia prof. Gioacchino - Genova.
Bonanni prof. Attilio - Pavia.
Campani prof. Arturo - Modena.
Carlinfanti prof. Emilio - Roma.
Carnelli dott. Riccardo - Modigliana.
Castellani prof. Aldo - Napoli.
Castelbolognesi dott. Mario - Rimini.
Castorina Sanfilippo dott. Giuseppe - Catania.
Cesa-Bianchi prof. Domenico - Milano.
Chiasserini dott. Angelo - Roma.
Chiavaro prof. Angelo - Roma.
Ciuffini prof. Publio - Roma.
Condorelli Francaviglia prof. Mario - Catania.
Copelli dott. Mario - Parma.
Corradini Rovatti dott. Guido - Ferrara di Monte Baldo.
Cossu dott. Alberto - Bengasi.
D'Alessandria dott. Pietro - Roma.
Dalla Vedova prof. Riccardo - Roma.
Dandolo dott. Alessandro - Borgoricco.
De Castro dott. Antonio - Parma.
De Chiara dott. Domenico - Roma.
D'Elia dott. Antonio - Zona di Guerra.
De Luca prof. Ulderico - Roma.
De Meo dott. Filippo - Messina.
Dian dott. Antonio - Venezia.
Diez dott. Salvatore - Roma.
Di Marzio dott. Quirino - Roma.
Dominici prof. Leonardo - Roma.
Donzello prof. Gaetano - Palermo.
D'Ormea prof. Guido - Parigi.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Egidi dott. Guido - Roma.
Ercolani dott. Pietro - Belvedere Ostrense.
Escalar dott. Gioacchino - Roma.
Esdra dott. Crescenzio - Roma.
Fabricci dott. Decio - Trieste.
Fargnoli dott. Giuseppe - Roccadevandro.
Ferrannini prof. Luigi - Napoli.
Ferrero di Cavallerleone gen. Luigi - Roma.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Finocchiaro De Meo dott. Gaetano - Catania.
Fisichella dott. Vincenzo - Catania.
Forlì prof. Vasco - Roma.
Frank dott. Casimiro - Roma.
Frattin prof. Giuseppe - Modena.
Frugoni prof. Cesare - Firenze.
Galli prof. Giovanni - Bordighera.
Garovi dott. Luigi - Piacenza.
Gasbarrini prof. Antonio - Sassari.
Gazzetti prof. Carlo - Modena.
Genoese dott. Giovanni - Roma.
Ghilarducci prof. Francesco - Roma.
Giovannini dott. Eugenio - S. Giovanni alla Vena.
Giugni prof. Francesco - Roma.
Greco dott. Alfredo - Bengasi.
Grego dott. Emilio - San Giorgio di Nogaro.
Grossi dott. Vincenzo - Roma.
Gucciardello dott. Salvatore - Vittoria.
Guidi prof. Luigi - Roma.
Hoffer dott. Guglielmo - Costantinopoli.
Indelicato dott. Sebastiano - Parma.
Iraci dott. Enrico - Grosseto.
Isnardi prof. Lodovico - Vercelli.
Lattes prof. Leone - Torino.
Loreta dott. Umberto - Bologna.
Lustig prof. Alessandro - Firenze.
Maffi dott. Attilio - Suzzara.
Magi dott. Augusto - Firenze.
Mahokian dott. N. - Capri.
Majoli dott. Umberto - Ancona.
Mancioli prof. Tommaso - Roma.
Manfredi dott. Leonardo Carlo - Genova.
Manna dott. Arturo - Roma.
Maragliano prof. Vittorio - Genova.
Mars dott. Carlo - Roma.
Martini prof. Vittorio - Siena.
Marzocchi dott. Vittorio - Torino.
Massimi dott. Giuseppe - Roma.
Mazzone dott. Federico - Firenze.
Memmo prof. Giovanni — Roma.
Mendes dott. Guido - Roma.
Meoni dott. Luciano - Perugia.
Miliani dott. Antonio - Cupramontana.
Minerbi prof. Cesare - Ferrara.
Missiroli dott. Alberto - Roma.
Mitra dott. Mariano - Castelbuono.
Mondolfo dott. Emanuele - Pisa.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Mori dott. Mario - Reggiolo.
Niero dott. Silvio - Rossano Veneto.
Ottolenghi prof. Donato - Pisa.
Ovazza dott. Vittorio Emanuele - Roma.
Padovani dott. Emilio - Ferrara.
Pagano dott. Francesco - Roma.
Pecori dott. Giuseppe - Roma.
Petrilli dott. Gian Luigi - Genova.
Pezzolo dott. Marco - Noventa Vicentina.
Piccinini prof. Guido Maria - Bologna.
Pietri prof. Giovanni Andrea - Sassari.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Pozzo dott. Antonio - Premariacco.
Prosperi dott. Gino - Roma.
Quarta prof. Giacinto - Roma.
Rabajoli dott. Regolo - Tortona.
Ranelletti prof. Aristide - Roma.
Resševic dott.ssa Olga - Roma.
Rho prof. Filippo - Roma.
Rolandi dott. Ulderico - Roma.
Romanelli dott. Ilario - Roma.
Rondoni prof. Pietro - Firenze.
Rusca dott. Paolo - Bergamo.
Sabatini dott. Giuseppe - Roma.
Sabella prof. Pietro - Roma.
Sacco dott. Rosario - Chiusaforte.
Scalone prof. Ignazio - Napoli.
Sebastiani dott. Antonio - Roma.
Segàle prof. Mario - Genova.
Serafini prof. Giuseppe - Torino.
Serena prof. Mario - Roma.
Silvestri dott. Torindo - Modena.
Sisto prof. Pietro - Torino.
Speciale prof. Filippo - Roma.
Spolverini prof. Luigi Martino - Roma.
Taccone dott. Carlo - Jonadi.
Tacchetti dott. Gaetano - Taranto.
Timpano dott. Pietro - Bova Marina.
Tonnini dott. Luigi - Saludecio.
Trabacchi dott. Giulio Cesare - Roma.
Tramonti prof. Ernesto - S. Paulo (Brasile).
Uffreduzzi prof. Ottorino - Torino.
Ullmann dott. Isidoro - Roma.
Vecchiati dott. Walter - Ferrara.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vignolo-Lutati prof. Carlo - Torino.
Virgillo dott. Francesco - Napoli.
Zanuttini dott. Pietro - Udine.

INDICE GENERALE

Vol. XXII - 1915

Indice per rubrica

NOTE E CONTRIBUTI.

CONTRIBUTI DEL MEDICO PRATICO.

LEZIONI E CONFERENZE.

RIVISTE SINTETICHE.

MEDICINA SOCIALE
E MEDICINA INFORTUNISTICA.

IGIENE.

STORIA DELLA MEDICINA.

CONTRIBUTI ORIGINALI VARI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Diagnosi. Prognosi.

Medicina interna.

Chirurgia.

Terapia.

Indice alfabetico delle Materie

B

D

H

I

M

O

Q

R

U

Indice alfabetico degli Autori italiani

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. Pozzi, *resp.*

Anno XXII. Roma, 3 gennaio 1915 Fasc. 1

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Ai medici italiani,

Il 1915 si affaccia pauroso al mondo civile. Gli scambi internazionali di prodotti, gli incroci di razza, la comunanza di propositi per un assetto che colmasse le differenze sociali, quel senso di umana bontà che sembrava pervadere tutto il genere umano in una fratellanza universale, tutto è sconvolto, sommerso dalla guerra che oscura incombe sull'Europa.

L'arte nostra — sola forse fra tutte — resta inviolata. Portando la salute e alleviando i dolori, con abnegazione, con pietà verso tutti, con sacrificio personale stesso, là dove gli altri uomini bramano portare distruzione di vite e di cose, il medico alto s'innalza fra le rovine, con in cuore la face della bontà. Ai nostri colleghi stranieri d'ogni nazione che oggi nobilmente compiono il loro dovere mandiamo un saluto caldo d'affetto.

Alla rinnovata funzione del medico militare il *Policlinico* si è venuto assiduamente dedicando. In questa come in ogni altra occasione, nelle distrette delle difficoltà cliniche come nelle lotte per i suoi miglioramenti morali ed economici, da ventun anno il medico italiano ha trovato sempre nel *Policlinico* il *suo giornale*.

Non è il momento di scrivere programmi; in tanti anni il *Policlinico* non ne ha svolto che uno: dedicare ogni suo sforzo intellettuale, ogni sua potenza finanziaria a comprendere e soddisfare i veri, alti bisogni della classe cui si dirige.

Nell'ora che volge a noi medici italiani s'impone più che mai costanza di lavoro, fermezza di propositi, dignità di vita, spirito di cooperazione, serena e sicura coscienza dell'essere nostro, per affrontare quelle prove che l'avvenire prossimo possa riservarci, per essere preparati a fare della civiltà italica una delle forze che dirigeranno il mondo ancora verso il trionfo degli ideali di giustizia e del miglioramento umano.

Alla preparazione di questo domani per la nostra Italia sentiamo di avere in parte concorso con la disciplina e con la serietà: e, sicuri dell'appoggio degli amici fedeli e sempre più numerosi, ad essa dedicheremo anche nell'avvenire ogni nostra energia.

LA REDAZIONE.

Le gravi difficoltà economiche entro le quali si dibatte, nell'ora presente, l'industria italiana ed estera; l'aumento eccessivo dei prezzi delle materie prime e della manodopera, hanno costretto molti giornali italiani e stranieri a sospendere o a rallentare le loro pubblicazioni. Il *Policlinico* invece, non badando a sacrifici, ha continuato a pubblicarsi regolarmente, in modo che gli abbonati han potuto riceverlo con la consueta puntualità, e per di più vi hanno trovato notizie fresche ed estese anche relativamente alla guerra. E questa una prova evidente della forza economica del giornale e della oculatezza con la quale è amministrato.

Qualunque siano adunque gli avvenimenti futuri, gli abbonati del 1915 nulla avranno da temere. Il nostro passato sarà loro di affidamento per l'avvenire. Il *Policlinico* continuerà le sue pubblicazioni come al solito, nè trascurerà quei miglioramenti ogni anno introdotti per rendere sempre più salda e forte la sua compagine. E neppure cesserà di procurare nuovi vantaggi ai propri abbonati, come ne fanno fede gl'importanti premi ordinari e straordinari del 1915, che altri periodici invano tentano di svalutare a parole, mentre coi fatti cercano sempre d'imitarci, senza però riuscirvi. È una loro ormai inveterata abitudine!

Nutriamo quindi fiducia che anche nel nuovo anno non ci abbia a mancare la crescente fiducia del pubblico medico italiano, e noi promettiamo di rendercene, come sempre, degni.

L'AMMINISTRAZIONE.

La nostra Amministrazione, mercè nuove agevolezze ottenute, si trova in grado di offrire i premi emi gratuiti seguenti:

ATLANTE DI ANATOMIA UMANA
Descrittiva e Topografica

del Dott. CARLO HEITZMANN

grosso volume di 592 pagine in-8 grande e in carta di lusso contenente ben 789 figure colorate.

2ª Edizione Italiana (unica attualmente in commercio al prezzo di L. 32) eseguita sull'ultima edizione tedesca per cura del Prof. GIUSEPPE LAPPONI

a tutti coloro che uniranno

L. 10,50 **al prezzo di abbonamento pel 1915.**

ELEMENTI DI ODONTOIATRIA
e protesi mascellare e facciale

ad uso dei medici e degli studenti di medicina

del Prof. ANGELO CHIAVARO della R. Università di Roma con prefazione del Prof. F. DURANTE.

Seconda edizione, in commercio al prezzo di **L. 10,**

a tutti coloro che uniranno

L. 6, al prezzo d'abbonamento pel 1915.

Cisti paradentarie e protesi delle ossa mascellari

del Prof. ANGELO CHIAVARO

Elegante volume in 8º massimo di 459 pagine con 59 figure nel testo, in commercio **Lire 12.**

In considerazione dell'importanza grandissima che presenta in questo momento l'argomento trattato esaurientemente in questo libro (**Protesi delle ossa mascellari**) crediamo di fare cosa gradita ai nostri abbonati offrendolo loro *per la metà del prezzo di costo* — **Lire 6**

È l'unico lavoro italiano che tratti in modo completo la protesi delle ossa mascellari. In esso si trova descritta minutamente la costruzione degli apparecchi per tutti i casi di perdita parziale o totale delle ossa delle mascelle.

A far giudicare il valore del libro, che sarà specialmente apprezzato dai chirurgi e segnatamente dai chirurgi militari, basterà il seguente breve sommario riassuntivo.

CISTI PARADENTARIE. — Generalità, storia, anatomia patologica e patogenesi delle cisti paradentarie – Sviluppo dei denti temporanei e permanenti - Teorie sulla etiologia - Sintomatologia, corso, complicazioni, recidive, diagnosi e prognosi – Cura delle cisti appendicolari, delle cisti uniloculari e delle cisti multiloculari - Conclusioni.

PROTESI DELLE OSSA MASCELLARI. — Tollerabilità dei tessuti per i corpi estranei - Varie specie di protesi delle mascelle – Storia e generalità sulla protesi delle mascelle - Generalità sulla protesi immediata delle mascelle.

PROTESI DELLA MANDIBOLA. — Conseguenze dell'asportazione totale o parziale della mandibola - Condizioni a cui deve rispondere una buona protesi della mandibola – Vantaggi della protesi della mandibola – Metodi di protesi della mandibola - **Protesi di contenzione e riduzione** – Piano inclinato di Sauer – Apparecchio ad alette di Martin – Apparecchio di Rosenthal - Apparecchio esterno di raddrizzamento del Martin - **Protesi di sostituzione** - **Protesi pre-operatoria** - **Protesi immediata** - Apparecchi di protesi immediata della mandibola secondo il metodo Martin - Modellamento – Messa in muffola – Vulcanizzazione – Tubi di zinco – Pezzo alveolare provvisorio aggiunto – Mezzi di fissazione degli apparecchi di protesi mascellari - Maniera di togliere l'apparecchio temporaneo – Pezzo alveolare permanente - Apparecchio provvisorio completo – Costruzione del pezzo definitivo – Modificazioni operatorie necessarie a riguardo della protesi mascellare nelle resezioni della mandibola – Critica del metodo Martin – Diffusione della protesi immediata del Martin – Descrizione degli apparecchi di protesi della mandibola di Sauer, Hahl, Boennecken, Tenison-Lyons, Warnekros, Michaels, Hausmann, Stoppany, Delajr, Schroeder - **Protesi secondaria** – Storia - Procedimento nell'applicazione della protesi secondaria - **Protesi secondaria precoce** - **Protesi secondaria tardiva** - Apparecchio per lo sfiancamento cicatriziale - Apparecchio a riscaldamento - Scelta del metodo di protesi mandibolare di sostituzione – Risultati ottenuti con l'applicazione della protesi immediata mandibolare.

PROTESI DELLE OSSA MASCELLARI SUPERIORI. — Vantaggi della protesi dei mascellari superiori - Generalità sugli apparecchi di protesi delle ossa mascellari superiori – Descrizione ed applicazione degli apparecchi di protesi immediata delle ossa mascellari superiori - Generalità - Impronta e modello per la costruzione dell'apparecchio primitivo - Descrizione dell'apparecchio protesico provvisorio - Descrizione dell'apparecchio definitivo - Costruzione degli apparecchi di protesi immediata delle ossa mascellari superiori - Apparecchio provvisorio - Apparecchio definitivo - Protesi secondaria nella resezione dei mascellari superiori.

CASISTICA.

Ai nostri Signori Associati offriamo pure in *premio semigratuito* **le seguenti altre importanti pubblicazioni:**

per sole **L. 10** — A. NEISSER E I. IADASSON. **Malattie della Pelle.** Traduzione italiana dall'originale tedesco, con note ed aggiunte del Dott. V. Montesano, docente nella R. Università di Roma. Volume in VIII grande, di 752 pagine, con 52 figure intercalate nel testo, che è in commercio al prezzo di **L. 18.**

per sole **L. 10** — V. D'AMATO **Malattie Veneree.** 3ª Edizione illustrata, rifatta ed ampliata sulla guida delle lezioni dettate dall'autore nel Policlinico Umberto I, di Roma, con appendice sui seguenti argomenti: **Uretriti non gonococciche — Indurimento plastico dei corpi cavernosi — Fimosi e parafimosi — Mollusco contagioso — Adenoma prostatico o ipertrofia della prostata — Idrocele cronico comune**. Volume in VIII grande, di 274 pagine, con 74 figure intercalate nel testo, che è in commercio al prezzo di **L. 15.**

per sole **L. 6,25** — C. BRUNETTI, Docente di patologia chirurgica nella R. Università di Roma. **Le Cisti e i Neoplasmi del Mesentere.** SOMMARIO. Parte I. **Nozioni generali.** — Parte II. Etiologia, Patogenesi, Anatomia patologica. — Parte III. Clinica delle cisti e dei neoplasmi. Volume in VIII grande, di 359 pagine, con 11 figure, che è in commercio al prezzo di **L. 10.**

per sole **L. 5,25** — L. FERRANNINI, docente di patologia e clinica medica nella R. Università di Napoli **Manuale di Semeiologia Medica, Fisica e Funzionale.** 2ª edizione, riveduta e ampliata, con prefazione del Prof. G. Rummo. SOMMARIO. LA STORIA CLINICA — SEMEIOLOGIA FISICA GENERALE — **Semeiologia dell'apparecchio respiratorio — Id. dell'apparecchio circolatorio — Id. dell'addome — Id. dell'apparecchio digerente — Id. dell'apparecchio urinario — Id. del sistema nervoso — Id. del sangue — Id. del ricambio materiale.** — Volume in XVI grande, di 490 pagine, con 108 figure intercalate nel testo, rilegato in piena in tela inglese, che è in commercio al prezzo di **L. 7.**

per sole **L. 3** — DOTT. M. CAMPEGGIANI. Capitano Medico, Assistente onorario nella R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica, di Roma. **La diagnosi della Sordità nei suoi rapporti clinici e sociali.** Volume in VIII grande, di circa 100 pagine, con una Tavola, che è in commercio al prezzo di **L. 4.**

AVVERTENZA. — Per riceverle subito **franche di porto e raccomandate** basta aggiungere il relativo importo al prezzo di abbonamento, tenendo presente che la Cartolina-vaglia deve essere indirizzata esclusivamente al **prof. Enrico Morelli, Via del Tritone, 46, Roma**. Si può anche autorizzare l'Amministrazione a gravare d'assegno del rispettivo importo l'invio dei volumi suddetti, insieme al prezzo d'abbonamento per l'anno 1915, *ma in tal caso la spedizione verrà aumentata delle occorrenti tasse postali.*

SOMMARIO.

Premio ordinario agli associati, per il 1915.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Assistente nella R. Clinica Otoiatrica e aiuto medico negli Ospedali di ROMA.

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Sarà un volume in formato tascabile di circa 800 pagine, nitidamente stampato, con molte figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela con inscrizioni in oro sul piano e sul dorso. È già in corso di stampa e verrà spedito nel primo trimestre del 1915.

SOMMARIO: INTRODUZIONE. *Importanza dell'otorinolaringoiatria.* Intenti e confini moderni di questa branca. — I. NASO. Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame del naso. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. SENI O CAVITÀ ANNESSE AL NASO. IPOFISI. — II. BOCCA. FARINGE. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della faringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. ESOFAGO, TIROIDE e TIMO. — III. LARINGE E TRACHEA. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della laringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. — IV. ORECCHIO. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame dell'orecchio. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. Medicina legale e infortuni sul lavoro.

Avvertenza. Per aver diritto al suddetto interessante volume, spedire *subito*, mediante Cartolina-vaglia indirizzata nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, n. 46 - ROMA, l'importo d'abbonamento per l'anno 1915. (*)

(*) *N. B.* Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

ARCISPEDALE DI SANT'ANNA IN FERRARA
Riparto medico femminile
diretto dal dott. C. MINERBI, primario.

La fissazione dei sedimenti urinarii agevolata mercè l'impregnazione con siero di sangue umano o con giallo d'uovo, e la loro colorazione a secco col "processo rapido" di Pappenheim

per i dott. CESARE MINERBI e WALTER VECCHIATI.

In ricerche antecedenti uno di noi, rilevando la difficoltà (1) di praticare la citodiagnosi del liquido cefalo-rachidiano mercè la colorazione a secco colla miscela di May-Grünwald, stante il frequente insuccesso della fissazione del preparato, esprimeva il pensiero — del resto abbastanza ovvio — che tale fatto dipendesse dall'essere nel liquido cefalo-rachidiano normale (e sovente anche nel patologico) assenti quegli speciali albuminoidi, che sono facilmente coagulabili dall'alcool metilico, il quale serve da mestruo in quella soluzione colorante.

In codesto concetto egli era ancora confortato dall'aver trovato in fallo quasi costantemente (2) una decisa reazione di Rivalta (saggiata col processo classico) nel liquido cefalorachidiano nei casi di meningite cronica ed acuta; ed esprimeva il dubbio: che l'epitelio dei plessi coroidei sia dotato della proprietà di trattenere o di riassorbire le globuline (2-a) ad essi arrecate dal plasma sanguigno.

Secondo un pregevole lavoro pubblicato in questi giorni (3), l'Olivero si è occupato dell'origine e della composizione dei cilindri orinarii, provocando nefriti tossiche nei topi e studiando i cilindri in sito entro i canalicoli renali.

È probabile che egli si sia indotto a questo ultimo metodo di ricerca stante i risultati poco soddisfacenti, che notoriamente ha dati sino ad oggi lo studio dei sedimenti urinarii in preparati colorati a secco, specialmente per le deficienze della fissazione.

Era ovvio il pensare che i sedimenti urinarii siano — come i linfociti del liquido cefalo-rachidiano normale — assai difficili a fissare, perchè impregnati di un liquido salino (urina) sprovvisto di quelle tali albumine, che possono essere coagulate dai liquidi fissatori in uso nelle ricerche cito-diagnostiche. E tale concetto suggerì l'idea di sostituire artificialmente il liquido d'impregnazione degli elementi morfologici del sedimento, aggiungendo a quest'ultimo una sierosità certamente ricca di tali albumine, quale

è il plasma del sangue. Infatti tutti sanno come i preparati di sangue siano mirabilmente fissati e colorati dalla miscela May-Grünwald.

Tale fu l'origine di una serie di esperimenti, per la quale in seguito a ripetute prove ci inducemmo a servirci (piuttosto che del plasma ottenuto per mezzo della centrifugazione del sangue appena estratto dalla vena) del siero sanguigno. E per la colorazione dei preparati ci attenemmo al « processo rapido » di Pappenheim (4), come quello, che mette in evidenza e differenzia nelle cellule del sangue e degli essudati quasi tutto ciò, che finora è noto del *substratum* morfologico di ciascuna sorta di esse, riunendo in sè tutti i pregi singoli dei vecchi metodi senza i loro rispettivi svantaggi. Possiamo dire in breve che il risultato dei nostri esperimenti ci diede piena soddisfazione.

Non abbiamo ricorso ai comuni sieri terapeutici oggi in commercio, sia per evitare fenomeni di citolisi, sia perchè l'acido carbolico ad essi commisto avrebbe potuto, per le sue qualità energicamente mordenti, alterare considerevolmente i risultati della colorazione.

Dopo varî tentativi ci siamo arrestati alla seguente tecnica, che abbiamo riconosciuta la migliore.

L'urina viene centrifugata a lungo con non troppa energia per non fratturare i cilindri eventualmente in essa presenti.

Si versa dalla provetta tutto il liquido sgocciolandola accuratamente. Al sedimento rimasto aderente al fondo della provetta si aggiungono con un contagoccie due goccie di siero di sangue umano fresco assolutamente privo di emazie e d'impurità. Si agita con forza il tubetto per mescolare equabilmente il nuovo liquido col sedimento: indi, chinando l'imboccatura della provetta su un vetrino copri-oggetto, ci si fa cader sopra, tirandola giù per mezzo di un filo di platino sterilizzato, una gocciolina del volume di un chicco di frumento, la quale per mezzo dello stesso filo si distende cautamente su tutta la superficie del vetrino. Si asciuga la lamella il più rapidamente possibile sventolandola con un ventaglio e badando a tenerla ferma col sovrapporre ad un angolo di essa libero di preparato un corpo pesante purchessia. Quando il vetrino è bene asciutto, lo si fissa in acetone per 5 minuti (cautela necessaria spécialmente allorchè interessi conservare il preparato) e lo si depone col preparato rivolto in alto entro una comune vaschetta rettangolare di porcellana ampia centimetri 4 × 8. Indi si procede alla colorazione nel modo seguente:

1. Si preparano a parte in un bicchierino di saggio per mezzo di una pipetta graduata 3 1/2 decimi di cmc. di miscela colorante di Giemsa.

2. Si versano sulla lamella entro la vaschetta 4 cmc. di liquido colorante May-Grünwald (3 minuti).

3. Si aggiunge un volume eguale (4 cmc.) di acqua distillata (1 minuto).

4. Si vuota la vaschetta di tutto il liquido.

5. Si aggiungono nel bicchierino di saggio ai 3 1/2 decimi di liquido di Giemsa 10 cmc. di acqua distillata.

6. La soluzione di Giemsa così ottenuta si versa subito sul vetrino entro la vaschetta (15 minuti).

7. Si estrae la lamella, si lava a fondo.

8. Si asciuga cautamente con carta bibula (non sulla fiamma, con che soffrirebbe la colorazione delle granulazioni azzurrofile!).

9. Si monta il preparato con balsamo di Canadà (neutrale!).

Mercè questo processo di colorazione si ottengono pei sedimenti urinarii gli stessi inestimabili vantaggi, che esso fornisce per l'esame clinico del sangue.

Solo i cilindri ialini restano il più spesso scolorati (talora tinti in rosa pallidissimo); e si riconoscono soltanto per la disposizione in serie lineare degli elementi morfologici eventualmente inclusi. I cilindri granulosi restano tinti in cilestrino più o meno tendente al violetto. Delle cellule epiteliali dei tubuli contorti restano colorati il protoplasma in cilestrino violetto, il nucleo in bella tinta porporina.

Nei campioni di urine sinora sottoposti a esperimento non abbiamo ancora avuto la fortuna di imbatterci in cilindri cerei se non rarissimi.

Gli altri elementi morfologici (polinucleati, linfociti, eosinofili, emazie, batterii, ecc.) dimostrano gli stessi caratteri tintoriali, pei quali si distinguono nel sangue.

Siccome poi non è sempre possibile, nè comodo procacciarsi siero fresco di sangue umano oppure sierosità patologiche (non purulente) pleuriche o peritoneali, le quali pure (previa centrifugazione) da noi messe a partito hanno fatto ottima prova, abbiamo sperimentato se fosse possibile ottenere buoni risultati da altro materiale utilizzabile pei nostri fini. Ed abbiamo pensato al giallo d'uovo, pur esso materiale albuminoideo pigmentato, contenente tutti i materiali necessari allo sviluppo dei varii tessuti ed atto a trasformarsi per dir così direttamente in materia organizzata vivente. Ad un dato volume di tuorlo fresco in un vaso cilindrico graduato abbiamo aggiunto egual volume dell'urina in esame privata dell'albumina mercè ebullizione: quanta cioè occorreva per ottenere una soluzione presso a poco della stessa concentrazione molecolare, con cui le proteine

sono contenute (11) nel siero di sangue umano. Ed anche da tale materiale d'impregnazione previamente filtrato abbiamo ottenuto ottimi risultati (benchè senza dubbio inferiori).

Certamente gli elementi morfologici del sedimento colorati col nostro processo dimostrano tanto meglio le loro caratteristiche distintive, quanto meno alterati dalla fermentazione ammoniacale, così frequente e sollecita a verificarsi nelle urine dei malati di affezioni dello apparecchio urinario. Occorre per conseguenza istituire la fissazione del sedimento possibilmente su urina appena emessa — oppure ostacolare la putrefazione ulteriore di questa per mezzo di un blocchetto di canfora.

È pure necessario mantenere le urine, se non si vogliono esaminare subito appena evacuate, ad una temperatura non inferiore ai 30° per impedire la precipitazione degli urati, i quali non permetterebbero un esame fruttuoso dei preparati colorati.

Se la precipitazione degli urati è già avvenuta, si potranno facilmente ridisciogliere tenendo in bagno in acqua calda la provetta per un tempo sufficiente.

Molti autori ha allettati l'impresa di colorare a secco i sedimenti urinarii: M. Kohn (4-*a*), T. Liebmann (5), E. Wolff (6), il nostro Cannata (7), inoltre A. Schott (8), Senator (9), e per ultimi, in ordine di tempo, Edelmann e Karpel (10). Si tratta di metodi — quale più quale meno — poco adatti per usi clinici. Sfuggono a tale rimprovero soltanto i due ultimi. Però il Senator stesso confessa che col suo metodo di colorazione « le granulazioni del protoplasma e la impalcatura cromatinica del nucleo degli elementi morfologici non si lasciano bene riconoscere ».

Quanto al processo di colorazione di Edelmann e Karpel, esso consiste nel fissare il preparato con acetone per 5 minuti; poi fissarlo ulteriormente e tingerlo col tenerlo per 5 altri minuti nella miscela colorante di Leishmann, e coll'aggiungere poscia doppia quantità di acqua (2 minuti). Il protoplasma delle cellule epiteliali renali resta tinto in rosso sporco (più fortemente che quello degli epitelii vescicali). I nuclei si colorano in bleu scuro: i cilindri ialini ed epiteliali in un bel turchino.

Sarebbe immodesto per parte nostra confrontare i pregi del nostro metodo di fissazione e colorazione con quelli del processo di Edelmann e Karpel. Preferiamo invitare il lettore a giudicare per sua propria esperienza nel modo, che ora diremo. Distenda il sedimento subito dopo centrifugato su un vetrino copri-oggetto e lo fissi nell'acetone per 5 minuti, poi nell'alcool metilico per altri 5 minuti.

Dall'altra parte aggiunga al sedimento rimasto entro la provetta della centrifuga 2 goccie di siero di sangue e prepari con questa miscela, col modo da noi descritto, un secondo vetrino. Adagi entrambe le lamelle nella vaschetta di porcellana e le sottoponga alla colorazione col « processo rapido » di Pappenheim: indi allestisca i due preparati e li esamini al microscopio.

Noi confidiamo che egli non si troverà nell'imbarazzo, come Paride ad aggiudicare il mitico pomo.

Ferrara, 3 novembre 1914.

BIBLIOGRAFIA.

1. CESARE MINERBI. Atti dell'Accademia Medica di Ferrara, seduta del 2 maggio 1906.
2. CESARE MINERBI. Ibidem, seduta del 6 aprile 1911.
2-*a*. G. SABBATINI. Il Pensiero Medico. Fascicolo scientifico. Nn. 3-5, del 21 gennaio, 11 febbraio 1911.
F. RIVALTA. « Il Policlinico », Nn. 22 e 23 del 1910.
3. CARLO OLIVERO. Riv. crit. di clin. med., anno XV, n. 40, 3 ottobre 1914, p. 625.
4. A. PAPPENHEIM. *Tecnica dell'esame clinico del sangue*. Traduzione di C. Minerbi. Rosenberg e Sellier, Torino, 1914.
4-*a*. M. KOHN. Zeitschr. f. klin. Med., 1899, Bd. 71.
5. T. LIEBMANN. Münch. med. Woch., 1902, p. 17 e 68.
6. E. WOLF. Deut. med. Woch., 1906.
7. CANNATA. Rif. Med., 1908.
8. A. SCHOTT. Münch. med. Woch., 1912, n. 4.
9. SENATOR. *Enziklopädie d. mikros. Technik*. 1910.
10. A. EDELMANN e L. KARPEL. Berliner klin. Woch., 4 luglio 1912, n. 27, p. 1271.
11. F. BOTTAZZI. Chimica Fisiologica. Società Tipograf. Edit. Milano, 1902.

Il fascicolo di gennaio 1915 della nostra Sezione Medica conterrà i seguenti lavori:

1. Dott. E. CIARLA. *Contributo clinico e anatomo-patologico allo studio dell'aprassia motoria per lesione del corpo calloso.*

2. Dott. F. BONOLA. *Note su un caso di sindrome talamica.*

3. Dott. D. CERVO. *Sulla fine struttura della cellula tiroidea.*

4. Dott. L. MANGINELLI. *Importanza diagnostica e patogenetica della ricerca radiologica nell'ulcera duodenale.*

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Il trattamento chirurgico della paralisi infantile.

(ROBERT JONES. *The Lancet*, 30 maggio 1914).

Pochi argomenti hanno sollevato tanto interesse in questi ultimi anni quanto la paralisi infantile: ciò è dovuto alla sua grande frequenza alla dimostrata sua origine infettiva, ai grandi progressi apportati al suo trattamento dalla chirurgia moderna.

Trattamento precoce.

È generalmente affidato al medico: il chirurgo è eccezionalmente chiamato e solo in quei casi in cui sia presente il dolore che è più accentuato alla colonna vertebrale e agli arti. Il miglior mezzo per attenuare questo dolore è la immobilizzazione. Questo riposo della colonna vertebrale è del resto indicato in ogni caso, sia esso doloroso o no e va iniziato subito.

Un trattamento attivo potrà essere intrapreso solo quando sia passato lo stadio acuto, sensitivo, durante il quale può essere in atto una mielite acuta; e ciò avverrà in un periodo di tempo oscillante fra 3 e 8 settimane durante le quali spesso si avrà da combattere con la volontà intempestiva dei parenti.

La cura ulteriore consisterà nel porre i muscoli paralizzati in posizione di rilasciamento, nell'uso di massaggio assai lieve, e in movimenti attivi regolati in modo da non indurre alcuna violenza nei muscoli rilasciati. Un piccolo grado di azione muscolare volontaria sarà incoraggiato non appena è possibile, ma con grande cautela, e limitandolo da principio a breve estensione. Così pure è molto importante che il massaggio sia all'inizio assai lieve, superficiale, vero e proprio « *effleurage* » vibratorio.

Possibilità di guarigione dei muscoli.

È spesso difficilissimo, per quanto altrettanto spesso è richiesto, l'emettere un prognostico sulla sorte futura del muscolo leso. In passato ci si è basato molto sul comportamento delle reazione degenerativa: al giorno d'oggi possiamo solo affermare che se un muscolo reagisce alla corrente faradica è destinato a guarire mentre non è sempre vero il contrario. Ciò può esser dovuto anche in parte alla difficoltà realmente esistente di eseguire delle osservazioni attendibili in piccoli bambini. Ad ogni modo quei muscoli per i quali la prognosi è dubbia debbono esser trattati come se essa si annunciasse senz'altro benigna.

Quando potremo abbandonare ogni speranza sulla guaribilità di un muscolo paralizzato? Ciò dipende anzitutto dal trattamento; e inoltre dal possibile accertamento se il gruppo paralizzato è sofferente per l'iperdistensione ovvero se v'è stata distruzione delle cellule nervose centrali. Comunque se con un trattamento adeguato non si è potuto notare alcun miglioramento in 12 mesi si può indurre con grande probabilità che la funzione di quel dato muscolo è irremissibilmente perduta.

Paralisi funzionale.

Prima di discutere i principî generali che informano il trattamento operatorio della poliomielite è necessario intrattenersi un po' più a lungo sulla questione del muscolo iperdisteso e non funzionante *ex non usu*, contrapposto al muscolo realmente paralizzato per alterazione organica permanente nelle cellule spinali.

Occorre sceverare quello che è imputabile a deterioramento dei muscoli stessi, ovvero dei nervi da cui ricevono impulso, ovvero delle cellule nervose corrispondenti nel midollo spinale. L'A. cita degli esempi per ciascuna delle tre condizioni. Si ha la prima p. es. quando per sezione dei tendini della faccia ventrale del polso il chirurgo dopo averli suturati mantenga a lungo una posizione di flessione della mano: guarita la ferita, tolta la fasciatura si avrà una apparente paralisi dei muscoli estensori che sono stati violentemente stirati dall'iperflessione continua: basta mantenere per poco la mano nella posizione opposta per riottenerne il funzionamento completo.

Sostanzialmente analogo è il meccanismo di paralisi funzionale di un gruppo muscolare quando per la compressione esercitata sul suo nervo motore (p. es. da un callo deforme) esso è stato per un certo tempo inattivo: i muscoli stessi si allungano (risultandone certi tipi di polso torto o di piede torto) e non saranno in grado di riassumere la loro funzione anche dopo tolta la causa perturbatrice se non con una lunga cura a base di posizione obbligata e di massaggi.

E infine vi sono le lesioni delle cellule nervose spinali: in tal caso non sono queste i soli elementi deteriorati: e si vedrà che sebbene si possa raggiungere un notevole miglioramento nei muscoli paralizzati alcuni rimarranno incapaci a funzionare: incapacità dovuta anche qui alle alterazioni trofiche insorte nel muscolo come conseguenza del disuso e della posizione forzata.

Sempre più prende consistenza l'opinione che i sintomi della paralisi infantile non vanno esclusivamente considerati come l'effetto della lesione della cellula spinale per parte di tossine e che unicamente dalla resistenza di quella dipen-

da la guarigione. Ma occorre tener presente l'intero sistema nervoso-muscolare: ciascuno dei due elementi influisce sull'altro e un muscolo che è divenuto incapace a funzionare per una transitoria interruzione del normale impulso nervoso riflette il suo stato sull'elemento centrale stesso che viene privato dello stimolo continuo proveniente dalla periferia e che gli è necessario per conservare la sua capacità a funzionare.

Trattamento con l'immobilizzazione, massaggio, esercizio.

I fattori che contribuiscono allo stiramento eccessivo di alcuni gruppi muscolari, che segue alla paralisi, sono: la cattiva posizione generalmente influenzata dalla gravità; l'insufficiente azione dei muscoli opponenti; l'alterata distribuzione del peso del corpo. La deformazione diviene stabile quando i tendini opponenti divengono di fatto più corti. Da ciò risulta l'indicazione a una speciale posizione da mantenere obbligata per un certo tempo: abduzione del braccio in caso di paralisi dei muscoli della spalla; flessione dorsale in caso di paralisi degli estensori della mano e delle dita; abduzione del piede in caso di paralisi dei peronieri; e così via.

La stecca da applicare per mantenere questa posizione dovrà esser tale da conservare il rilasciamento durante il massaggio e inoltre dovrà esser tenuta in posto senza che sia necessario di esercitare pressione alcuna con bende o altro sul tessuto muscolare.

Quando un tale trattamento sarà interrotto? Quali le prove dell'avvenuta guarigione? Si potrà cominciare a permettere un certo grado di rilasciamento della posizione forzata quando ritorni la capacità funzionale dei muscoli paralizzati: ma ciò solo durante il giorno, ritornando nella notte alla posizione obbligata. Per citare un esempio nella paralisi dei muscoli estensori del polso quando si constaterà che questi cominciano a riprendere il loro potere si potrà durante il giorno diminuire gradualmente la posizione di flessione dorsale acuta. È assolutamente necessario procedere con molta cautela a questo punto del trattamento.

Se si vuole, per lo più cedendo alle insistenze del malato o della famiglia, si potrà applicare la elettricità galvanica ma i vantaggi che se ne ritraggono non sono neppure paragonabili a quelli che si ottengono con la posizione fissa, il massaggio, l'esercizio graduale.

Quanto a interventi operativi nei primi stadî non sono indicati che solo quelli diretti a permettere il rilasciamento maggiore dei muscoli iperdistesi: tenotomie (specialmente del tendine di Achille), sezione di briglie aponeurotiche, completate per lo più dalla rimozione di una zona di pelle.

Correzione di deformità.

È di grande importanza provvedere appena che si può all'esercizio funzionale normale dell'arto: il che per l'arto inferiore si ottiene al meglio facendo camminare il paziente con delle stecche leggere e tali da impedire la produzione di quelle deformità che risultano dall'ineguale distribuzione del peso del corpo. Si ritenga come un assioma di non discutere nemmeno un intervento operativo (artrodesi, trapianti tendinei) prima di aver eliminato il più possibile tali deformità.

Vale come regola generale per queste correzioni di non adoperare la forza che oltre che eventualmente dannosa non raggiunge lo scopo; così pure si cerchi di fare a meno di sezioni cruente: un tendine che è destinato al trapianto dovrebbe esser risparmiato dalla tenotomia cui facilmente segue la formazione di aderenze.

Una deformità che spesso imbarazza il chirurgo è la seguente: ambedue gli arti inferiori contratti alle anche e alle ginocchia, lordosi della colonna vertebrale, obliquità della pelvi, *genu valgum*, piedi in posizione varo-equina. In tal caso l'A. consiglia: sezione del tensore della fascia lata, sezione del tendine di Achille, piede fissato in posizione valgoide, applicazione di una stecca del tipo di Thomas, aggiungendo una estensione semplice per correggere l'obliquità pelvica e una fasciatura alla estremità della stecca per vincere lentamente la deformità delle ginocchia.

Molti autori richiamano l'attenzione sui pericoli che possono seguire la sezione del tendine di Achille come la successione di una deformità a tipo calcaneare al piede equino: si tratta di un pericolo reale nella paralisi cerebrale spastica e in tal caso sarà assai meglio negli adulti eseguire una tenoplastica che una tenotomia sottocutanea.

A ogni modo ripetiamo esser principio fondamentale che ogni deformità deve esser corretta (con tentativi manuali, tenotomie, immobilizzazione, estensione e più raramente osteotomie e asportazioni ossee) prima di imprendere qualsiasi operazione destinata ad assicurare una funzione muscolare deficiente o mancante.

Trapianti tendinei.

Lo scopo del trapianto tendineo è di perfezionare o di ristabilire l'equilibrio muscolare: e deve essere questo solo. Esso può essere applicato per aiutare la ripristinazione di una eguale distribuzione di forze o per prevenire delle deformità, o come accessorio dell'artrodesi o come complemento all'uso di legamenti di seta.

Tuttavia non potremo essere troppo scrupolosi nell'apprezzamento delle singole forze che si debbono equilibrare: il tibiale anteriore sarebbe trop-

po forte per sostituire i peronei; questi troppo deboli per sostituire il gruppo tibiale. Del resto dei muscoli sani sono suscettibili di sviluppo straordinario; e i muscoli trapiantati con un esercizio adeguato possono assumere un'efficienza pari a quella dei muscoli che vanno a sostituire.

Naturalmente il più importante fattore di successo è costituito dal giudizio oculato dell'operatore che deve saper apprezzare ciò che è possibile ottenere e i mezzi che ha a sua disposizione; ed occorre che tenga conto anche della deficienza di funzione che produce nel punto in cui toglie il tendine. Non v'è senso in sostituire una deformità con un'altra. Tuttavia l'esperienza indica chiaramente che si è autorizzati a sacrificare l'adduzione e l'abduzione del piede per la flessione plantare e dorsale, e che ove siano utili possono ben esser presi i tendini che comandano i movimenti delle dita del piede.

Ecco in particolare i processi consigliati dall'A. Nel piede varo, trapianto del tibiale anteriore; nel valgo, del lungo peroneo e dell'estensore proprio dell'alluce; nella paralisi parziale dei muscoli del polpaccio, accorciamento del tendine di Achille e trapianto del lungo peroneo e del flessore dell'alluce al punto d'inserzione di quello con la ablazione di una zona di pelle; e nella paralisi completa degli stessi muscoli trapianto dei peronei e del flessore dell'alluce sul tendine Achilleo, cui utilmente si associa una resezione ossea o una astragalectomia in modo di ristabilire correttamente il peso del corpo sul collo del piede.

Quanto alla tecnica è anzitutto importante di non maltrattare il tendine con le pinze a forcipressione che lo dovranno afferrare alla sua periferia; lo si farà passare possibilmente attraverso grasso; se ne assicurerà l'estremo su un tessuto resistente preferibilmente periostio. L'esperienza dimostra che gli insuccessi sono essenzialmente dovuti a errori di giudizio e a difetti di tecnica: ciò è comprovato dal progressivo perfezionamento dei risultati che l'A. ha ottenuto.

Dopo il trapianto e prima di cominciare l'esercizio del tendine innestato è necessario immobilizzarlo per un certo periodo di tempo sì da prevenire ogni violenza su di esso: tale periodo sarà 3 mesi o più per i muscoli del polpaccio, di 4-6 settimane per gli adduttori e abduttori del piede e assai di più per gli estensori del piede. Ciò si ottiene per mezzo di stecche che debbono esser rimosse due o tre volte al giorno per praticare del massaggio.

Quanto ai risultati Hoffa, Lange, Vulpius e l'A. dell'articolo li indicano come assai favorevoli; ma i francesi e specialmente Kirmisson non ne sono entusiasti e obiettano che pur essendovi un miglioramento immediato esso poi di solito è seguìto dalla perdita della funzione sul muscolo trapiantato. Ma perchè un muscolo che è capace di lavoro in primo tempo deve poi divenire funzionalmente insufficiente? L'A. crede di poter attribuire tale cattivo esito, quasi senza eccezione alla trascuratezza di quelle regole sopra fissate per ciò che riguarda la violenza cui si fa soggiacere il muscolo: i due errori fondamentali sono: o il non aver educato sufficientemente il muscolo a difendersi da quello di azione opposta; ovvero si è fatto in modo che nella deambulazione il peso del corpo venga a gravare eccessivamente su di esso.

L'A. opera raramente bambini sotto ai cinque anni di età per una triplice ragione: per la difficoltà di tecnica su tendini gracili; per lasciar passare tutto il tempo sufficiente per una eventuale guarigione incruenta; per aver un sussidio nel determinare esattamente il piano d'azione dall'intelligente osservazione del paziente stesso.

Operazioni dirette a rinforzare le articolazioni.

Sono di tre tipi: legamenti artificiali, fissazione di tendini, artrodesi.

Sull'esempio di Lodge molti chirurgi hanno sperimentato l'uso di tendini di seta. È interessante determinare cosa accada di questi legamenti artificiali.

Anger e Gluck molti anni or sono conclusero in base a ricerche esperimentali che in alcuni casi la seta è sostituita da tessuto connettivo mentre in altri forma una impalcatura lungo la quale cresce il connettivo. Lange, che ha vasta esperienza in proposito, dice che con l'uso questi tendini artificiali di seta crescono dalla dimensione di un ago da maglie a quella di un dito mignolo e all'esame microscopico i tessuti adiacenti appaiono aver assunto i caratteri di un vero tendine.

L'esperienza dell'A., invero non grande, non è favorevole a tale metodo: chè solo in un caso ottenne un risultato soddisfacente. Degli altri AA. alcuni non ottennero buoni successi, altri invece riferiscono notevoli guarigioni o miglioramenti: così Bradford e Soutter in un ragazzo di 8 anni videro i muscoli riacquistare notevolmente la loro funzione e in un uomo di 23 anni un anno dopo l'operazione non solo completamente guarito un piede cadente ma anche riottenuto un certo grado di funzionalità.

Comunque praticamente si potrà concludere in favore del metodo data la sua semplicità tecnica quando si potrà escludere con ulteriore esperienza che la seta non dà origine ad alcun disturbo. P. es., nel piede cadente con paralisi completa dei muscoli anteriori se è certo che il tendine artificiale va incontro a un aumento di spessore è indubbio un notevole guadagno.

Fissazione di tendini.

Ideata da Tillanus l'operazione di utilizzare come legamenti i tendini (i cui muscoli quindi debbono essere irreparabilmente paralizzati) è suscettibile di larga applicazione e sembra indubbiamente più fisiologica che non l'introduzione di corpi estranei quali i legamenti artificiali in seta.

È indiscutibile che col perfezionamento della tecnica, sia la fissazione di tendini come i legamenti artificiali saranno validi ausilî per risolvere il problema specialmente all'articolazione del collo del piede, al trapianto tendineo. Il quale può in alcuni casi essere insufficiente checchè ne dica Lange che è ottimista al punto da ritenere bastevole per la funzionalità del collo del piede la persistenza di soli tre muscoli attivi utilizzabili, due per la flessione dorsale e uno per sostituire il tendine di Achille.

Quando abbiamo da fare con un piede ciondolante l'unico successo operativo al giorno d'oggi può ottenersi con l'artrodesi.

Artrodesi.

Questa operazione fu sostenuta dall'A. fin da 20 anni or sono e presto ebbe larga diffusione sì da esser applicata anche quando non presentava alcuna indicazione. Così l'A. si pente altamente di aver praticato l'artrodesi del ginocchio nei fanciulli: l'articolazione del ginocchio non dovrebbe mai esser fissata fino a che l'età del paziente non sia tale da poter valutare pienamente gli argomenti pro e contro l'intervento: spesso ne risulta una pseudoartrosi o anche un incurvamento osseo.

Affatto diversamente si comporta l'artrodesi dell'articolazione del collo del piede che può arrecare un notevole giovamento. È bene unirla alla fissazione dell'articolazione mediotarsica; e non eseguirla prima degli 8 anni di età e anche di più. Si terrà cura di ovviare a un'eventuale cavità del piede eseguendo prima dell'operazione la sezione dei tessuti retratti; e dopo l'operazione si porrà il piede in leggera abduzione, mantenendo questa posizione per almeno quattro mesi.

In ogni caso deve esser tenuto presente che l'artrodesi è operazione mutilante e deve costituire l'ultima risorsa; e inoltre che se con essa si compie un errore (il che disgraziatamente non è raro) esso non può essere rimediato.

Sutura nervosa.

Con i varî metodi discussi il chirurgo è dunque in grado, lo abbiamo visto, di correggere le deformità, di migliorare una funzionalità prima completamente perduta, di rendere saldi degli arti prima flaccidi: ma se tali risultati sono assai importanti sarebbe tutt'altro che soddisfacente sentirsi costretti entro questi limiti: dobbiamo tendere invece a metodi ancor più conservativi prendendo di mira il sistema nervoso.

La sutura di nervi primaria è oggigiorno pratica ordinaria; ma anche eseguita in secondo tempo ha superato la fase sperimentale e in favorevoli condizioni può garantire il successo. Da queste all'anastomosi incrociata di nervi non v'è gran passo: si sono così visti dei successi nell'innesto di una porzione del mediano sul radiale e nell'unione del faciale allo spinale accessorio.

Se la teoria del neurone era contraria a tali esperimenti è pur accaduto, come in altri casi che i dati scientifici dovettero esser modificati in base ai risultati dell'empirismo chirurgico. Tuttavia si può ancora ammettere l'antica teoria che il cilindrasse si sviluppa in via centrifuga del capo prossimale, ma deve esser riconosciuta una parte importante (nutritiva e di guida) alle cellule del neurilemma: se il segmento distale non è suturato, gli impulsi provenienti dai centri o a questi diretti non possono passare e quindi il tessuto nervoso neoformato, lungi dal raggiungere un completo sviluppo resta allo stato embrionale.

Ma quando paragoniamo i risultati quasi brillanti sia degli esperimenti sugli animali sia delle suture nervose primarie e secondarie con quelli assai scarsi ottenuti nella paralisi infantile, il fatto ci rimane oscuro: dovendo escludere che il virus della poliomielite attacca anche i nervi periferici non possiamo addurre altro argomento, per quanto insufficiente, del lungo periodo di disuso nel quale si sono trovati i nervi affetti.

Affatto recentemente Stoffel ha dato un vero impulso alla questione: sembra che grazie a un'accurata e laboriosa dissezione egli sia riuscito a provare che per ogni muscolo esiste una branca nervosa che può esser seguìta lungo il tronco del nervo stesso per un tratto assai considerevole.

Si comprende che gli innesti nervosi debbano essere notevolmente favoriti da questa scoperta in quanto dei tratti nervosi sani che vanno a muscoli di minor importanza possono esser deviati e impiantati sui nervi paralizzati. Senza queste cognizioni delle fibre motrici potrebbero facilmente essere unite a fibre sensorie. È probabilmente i successi riportati si ebbero in casi nei quali il chirurgo realmente innestò fibre motrici a fibre motrici.

Sebbene i risultati della neuroplastica nella poliomielite lascino molto a desiderare non è il caso di abbandonare ogni speranza. Se i molti insuccessi ci scoraggiano, un solo successo ci in-

dica eloquentemente la reale possibilità esistente: ed è appunto di incoraggiamento che abbiamo bisogno: i primi ci debbono piuttosto servire a studiarne accuratamente le cause sì da essere in grado di eliminarli.

ANTONIO SEBASTIANI.

OSTETRICIA.

Colesterinemia e reazione di Wassermann nelle eclamptiche.

Lo scopo delle ricerche fatte su questo argomento dai dottori S. Pisani e M. Savarè (*La Ginecologia,* 2 apr. 1914, pag. 601) è stato di studiare il modo di comportarsi delle eclamptiche di fronte all'antigene luetico nella presunzione che dai risultati ottenuti si potesse in qualche modo arguire sull'importanza del lipoide colesterina nel determinismo della fissazione del complemento nella sifilide.

Ricordati i precedenti nella letteratura circa i rapporti tra lipoidi del siero sifilitico e reazione di Wassermann e sopratutto le variazioni dei lipoidi nelle gravide in genere e nelle eclamptiche in ispecie e i risultati contraddittorî nello studio comparativo fra eclampsia e reazione di Wassermann, gli AA. espongono le loro ricerche fatte su 16 eclamptiche ricoverate in clinica nell'anno 1912-13.

Dosata da una parte la colesterina coi metodi del Grigaut (colorimetrico e ponderale) e dall'altra il potere di reazione del siero di fronte all'antigene luetico impiegato a dosi minime e massime — secondo il consiglio del Pisani stesso — si ottennero le seguenti risultanze: costanza dell'ipercolesterinemia, superiore a quella delle gravidanze ordinarie; reazione di Wassermann in massima negativa (solo in 4 casi positiva parziale e quindi di valore dubbio) dimostrando così discutibile l'importanza della colesterina nella genesi della reazione di Wassermann, senza che però si possa negare alla colesterina per lo meno una *attitudine antiemolitica.* Gli AA. ritengono di poter attribuire alla colesterina anche un'*attitudine anticomplementare* sebbene tale potere si riscontri in alcune eclamptiche aventi scarsa colesterinemia, ma spiccata colemia. La colemia, frequente nelle eclamptiche, può intralciare infatti l'emolisi, come vien confermato anche da ricerche in altri campi (reazione di Wassermann spesso non specifica degli epatopatici).

Nei 16 casi esaminati non si ebbe dunque mai una reazione di Wassermann positiva completa, ma semplicemente reazioni positive parziali o i segni di un potere anticomplementare del siero, riferibili non alla colesterina come pseudoanticorpo sifilitico, ma a questo lipoide considerato, sia quale fattore antiemolitico chimico, sia — e più specialmente — quale fattore determinante una fissazione dell'alessina, favorita, se non determinata, molte volte da uno stato di colemia più o meno spiccato.

***

Circa la genesi della ipercolesterinemia nelle eclamptiche, occorre tener presente che è molto discussa anche la questione della colesterina in condizioni ordinarie: infatti da numerose ricerche ed esperienze si deduce che la colesterina non può essere di esclusiva genesi alimentare sebbene l'alimentazione possa riparare le leggere perdite di colesterina dovute all'eliminazione cutanea e intestinale; d'altronde varî organi (fegato, capsule surrenali nella parte corticale, ovaie, corpo luteo) sono ricchi di colesterina e quindi probabilmente colesterinogeni per quanto non esclusivi a questa genesi la quale risiede forse in tutte le cellule dell'organismo, ma prevale in quelle di alcuni organi (glandole endocrine).

Nelle eclamptiche adunque dovrebbe ammettersi una esaltazione massiva dei poteri colesterinogeni (sopratutto nel fegato e nelle glandole surrenali e forse nella placenta): e ciò senza escludere per ora che si possa trattare non di iperproduzione, ma di ritenzione di colesterina dovuta o a speciali richieste dell'organismo (gravidanza, sviluppo del feto) o ad alterazione delle vie d'eliminazione. Su quest'ultima veduta gli AA. stanno eseguendo esami ed esperienze i cui risultati verranno in tempo ulteriore pubblicati.

***

Quale significato attribuire alla ipercolesterinemia delle eclamptiche? Non certo quello di una « antitossina generale dell'economia » come nelle forme acute febbrili: chè anzi, poichè la colesterina abbonda proprio nei casi più gravi, dovrebbe avere nell'eclampsia un significato opposto: d'altronde molti autori negano alla colesterina libera una sicura azione antitossica e antibatterica sia *in vitro* che *in vivo* ed anzi si son viste peggiorare, con una ipercolesterinemia artificiale, delle cavie tubercolose e si è ottenuta la morte intrauterina del feto o l'aborto nelle cavie ipercolesterinemizzate. È noto poi che le gravide, tipiche ipercolesterinemiche, hanno minor resistenza di fronte ad ogni fattore morbigeno e ciò dicasi a maggior ragione per le eclamptiche.

Gli AA. credono che l'aumentato tasso di colesterina nel sangue delle eclamptiche, date le

precarie condizioni renali ed epatiche, sia da omologare, almeno in parte, a quanto si verifica nelle nefriti croniche (e quindi non esaltazione di poteri difensivi) senza escludere poi la sua somiglianza con la ipercolesterinemia da disfunzione colaligena degli epatopatici: inutile quindi se non dannosa all'organismo. Nella gravidanza invece occorre ancora indagare se non esistano differenze intime fra colesterinemia normale e lipoidemia colesterinica patologica.

Conclusioni.

L'ipercolesterinemia nelle eclamptiche è costante e più spiccata che nella gravidanza ordinaria: non dà mai una reazione di Wassermann positiva completa ma solo in qualche caso parziale, dipendenti dalla frequente colemia e dal potere antiemolitico e anticomplementare della colesterina che non è paragonabile ad un anticorpo sifilitico e che aumenta probabilmente per iperfunzione degli epinefri e disfunzione epatica.

È discutibile l'importanza della placenta nel determinismo della ipercolesterinemia, mentre merita di esser maggiormente studiata l'importanza dell'eventuale fattore ritenzione, in contrapposto all'iperproduzione.

Nei casi studiati il tasso colesterinemico era tanto più alto quanto più era intensa la sintomatologia morbosa.

U. ROLANDI.

MEDICINA DI GUERRA.

Alcune osservazioni sulla moderna chirurgia di guerra.

(Prof. ALEXANDER FRAENKEL. *Wiener klin. Wochenschrift,* 1914).

L'A. sostiene che l'uso dei proiettili di piccolo calibro e con involucro, adoperati dai moderni eserciti, non ha apportato alla antica chirurgia di guerra quei mutamenti che a tutta prima si potrebbe credere.

Egli, che nella guerra serbo-bulgara (1885-86) aveva avuto in cura ben 700 feriti nell'ospedale di riserva di Belgrado, dei quali parte eran stati colpiti da proiettili di piombo cilindro-conici di grosso calibro e parte da palle sferiche, non osservò lesioni molto diverse, ma presso a poco identiche nei feriti della recente guerra balcanica, che curò nell'ospedale di Sofia.

Il metodo aspettante e conservativo col quale guarirono allora, a Belgrado, ben 63 feriti con fratture ossee e lesioni articolari, è quello stesso col quale vanno anche oggi trattati i feriti d'arme da fuoco nelle formazioni sanitarie di guerra.

L'analogia del resto fra le ferite prodotte dalle antiche armi da fuoco e quelle prodotte dalle più moderne, per chi abbia pratica delle lesioni causate da queste ultime, è evidente sol che egli dia un occhiata alle classiche tavole dello Stromeyer.

Le fratture a scoppio che egli ha descritte, le fratture delle ossa craniche, le speciali fratture *a farfalla* delle diafisi, ecc., sono identiche alle lesioni prodotte dagli attuali proiettili.

Simon, Pirogoff, von Langenbeck hanno provato, dal canto loro, che perfino ferite interessanti le articolazioni potevano anche in quei tempi guarire, senza dar luogo a reazioni articolari anche nei casi (essi dicevano) nei quali i bordi taglienti della lesione ossea e gli spostamenti delle scheggie potevano agire come *cause irritanti.*

Altro argomento probativo sull'identità di effetto tra i moderni e gli antichi proiettili è la sempre rinnovata accusa che dalla guerra franco-prussiana del '70 si è ripetuta in tutte le guerre che l'hanno seguìta, che i combattenti si scambiano tra loro: l'accusa cioè di fare uso di proiettili esplosivi o di altri proiettili devastanti proibiti dalle convenzioni internazionali. Queste accuse è notorio, sono poi state sempre dimostrate infondate, e ciò nondimeno, e malgrado le trasformazioni avvenute nella costruzione dei proiettili, nella loro forma, nel loro peso e nel materiale stesso che li compone, il numero delle ferite con grandi distruzioni e devastazioni continua ad essere così ingente in tutte le guerre, da farle ogni volta risorgere.

Non sono dunque le lesioni dei proiettili che dànno una diversa impronta alla chirurgia di guerra moderna: tutt'al più le moderne armi potranno influenzare la tattica bellica; perchè dànno nella stessa unità di tempo ed a distanze molto maggiori, un assai più grande numero di colpiti, e la proporzione dei feriti leggeri è accresciuta.

Considerando però il lato *qualitativo* delle lesioni, le armi moderne non ci impongono nessun nuovo problema terapeutico da risolvere, nè ci fan sentire il bisogno di ricorrere ad arti diverse da quel che non si facesse una volta.

Nuove sono soltanto le odierne massime sul modo di agire del chirurgo; il quale oggi cura le ferite senza perturbarne la naturale evoluzione ed ecco perchè, non pei progressi della balistica, ma per quelli dell'arte salutare, la mortalità e la invalidità successiva dei feriti in guerra è così notevolmente diminuita.

L'O. in base alla sua esperienza combatte l'idea, che è pur sostenuta da alcuni autori, della maggior facilità che avrebbero i proiettili moderni di dar luogo ad emorragie.

La morte per dissanguamento per lesione dei grossi vasi non è mai stata eccessivamente frequente sul campo di battaglia. Se gli antichi proiettili, dotati di poca velocità iniziale, risparmiavano spesso i vasi sanguigni, i moderni, pur ledendoli con maggior facilità, spesse volte non producono emorragia, sia per la piccolezza della lesione stessa, che sovente è un semplice solco sulla tonaca vascolare, sia perchè il piccolo forame del vaso è talora tamponato o dal proiettile stesso, o da una scheggia d'osso, o da un corpo estraneo spinto entro il lume del vaso dal proiettile, ed intorno al quale non tarda a formarsi il trombo.

E tali lesioni di vasi talora guariscono, grazie alla medicatura occlusiva senza dar sintomi, o dànno al massimo luogo alla formazione di un aneurisma traumatico, complicazione quasi sconosciuta agli antichi (Pirogoff stesso non ne aveva mai veduti) ed invece frequente nella chirurgia di guerra moderna.

È piuttosto nell'ulteriore decorso delle ferite che esiste una differenza fra le antiche e le moderne lesioni, ma anche questo dipende dalla diversità delle pratiche terapeutiche. L'antica chirurgia di guerra non lasciava alle ferite il tempo di evolvere e turbamenti prodotti da specillazioni fuori di luogo, o dall'introduzione di virus infettanti (e frequentemente da entrambi queste cause) impedivano e la normale cicatrizzazione e la formazione, ove ne fosse il caso, degli aneurismi traumatici.

L'A. trova un'analogia fra le lesioni prodotte dalle antiche armi e le moderne perfino nelle discussioni alle quali tali ferite dànno luogo fra i dotti.

Infatti mentre in quel tempo si polemizzava se le ferite per colpo d'arma da fuoco potessero essere o non essere *velenose*, oggi fra gli autori si discute se esse possano o no, essere infettanti, questione quest'ultima a cui più che con le tentate ricerche batteriologiche, si può rispondere con il risultato dell'esperienza giornaliera.

Essa, come del resto avevano riconosciuto a loro tempo il Simon, il Pirogoff, ci insegna che la ferita d'arme da fuoco difficilmente dà luogo per sè stessa a complicazioni infettive, purchè riparata completamente dagli ulteriori inquinamenti.

Cap. med. dott. G. MENDES.

Pubblicheremo prossimamente:

AMORELLI, *Un caso di malattia del Parkinson.*
PONTANO, *Sul valore clinico della reazione di Wassermann.*
TACCONE, *L'amigdalite ulcero-membranosa.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di patologia speciale medica dimostrativa della R. Università di Modena
diret. prof. L. VANNI.

Contributo clinico al trattamento della pleurite purulenta, col metodo Kawahara

per il prof. dott. T. SILVESTRI, aiuto.

Nella seduta del 25 aprile 1913 della Società medico-chirurgica di Modena, accennai ad alcuni casi di pleuriti purulente in bambini nei quali l'estrazione del liquido colla toracentesi, il lavaggio del cavo pleurico ad aria atmosferica non filtrata, ed il pneumotorace in tal modo provocato, hanno portato una guarignone completa dopo la prima, o al massimo dopo la seconda seduta.

Certo, dice il Baginsky, nei bambini da 1 a 3 anni anche la semplice puntura con un trequarti fornito di *condom* ad evitare l'introduzione di aria, o con l'aspiratore di Potain senza lavanda consecutiva, riesce a guarire definitivamente l'empiema, ma nell'un caso e nell'altro insiste di evitare uno svuotamento copioso per i danni che deriverebbero dall'abbassamento di pressione endotoracica, cosicchè si è costretti a ripetere più spesso l'intervento, che per quanto di poco conto, è sempre noioso nei bambini, specie della pratica privata.

Nè ad evitare ciò, vale, sebbene alcuni se ne mostrino fautori entusiasti (Rudolf Frank ad esempio), il metodo di Bülau, o drenaggio con aspirazione permanente: questo anche ultimamente nella Clinica pediatrica di Palermo si è dimostrato di valore discutibilissimo, nullo.

Il nostro modo di procedere, ai risultati addirittura imponenti accoppia i seguenti vantaggi:

1° È alla portata di tutti i medici per la sua semplicità; basta un apparecchio del Potain.

Con questo non solo si pratica l'aspirazione del liquido, quando non scola spontaneamente, nonchè l'iniezione di aria direttamente nel cavo pleurico ogni qualvolta si presenti il bisogno: ma lasciando aperto il rubinetto del trequarti in posto, si permette l'ingresso dell'aria atmosferica, anche durante la fuoruscita dell'essudato. Per il lavaggio ad aria della pleura basta continuare ad aspirare, a rubinetto aperto s'intende, anche dopo lo svuotamento del pus, senza bisogno d'alternare l'immissione e l'aspirazione della medesima.

2° Ovvia a tutti gli inconvenienti di una decompressione brusca endopleurica.

3° Si può quindi svuotare completamente, e senza pericoli, il cavo pleurico.

4° L'aria gorgogliando attraverso il liquido e mescolandovisi, lo rende meno viscido, e quindi più facile a passare anche attraverso il trequarti comune per la toracentesi, senza bisogno di ricorrere ad introduzione di liquidi semplici o antisettici per diluire l'essudato.

5° È benissimo tollerato.

Nella stessa seduta riferii su di un caso di pleurite purulenta metapneumonica in un contadino di Cognento (Modena), di anni 47, bevitore, con eredità tubercolare, che vidi in consulto coll'egregio collega dott. Muzzarelli e successivamente col dott. Nava, che lo sostituiva. In proseguio io lo feci osservare anche al collega prof. Bolognesi della Clinica chirurgica, nonchè al mio chiarissimo maestro prof. Vanni e al prof. Donati, direttore dell'Istituto di patologia chirurgica.

Lo sputo fu negativo sempre e così le colture del liquido pleurico rispetto al bacillo di Koch. La citodiagnosi di questo invece praticata a diverse riprese dal Bolognesi e dal Sinigaglia dell'Istituo di patologia chirurgica diede costantemente una linfocitosi quasi assoluta, reperto molto suggestivo per la natura tubercolare del versamento pleurico.

Ebbene in questo caso la toracentesi ripetuta colle solite modalità sei volte, con estrazione rispettivamente di cmc. 600-780-470-625-350-200, è stata seguìta da una guarigione completa, duratura.

Anche in questo caso, ad onta che le tre ultime toracentesi e rispettiva immissione di aria siano state praticate in sale ospedaliere, che molto lasciano a desiderare (Turno provvisorio del prof. Donati, per gentile concessione del medesimo, ch'io vivamente ringrazio), l'essudato dalla 6ª estrazione era affatto sterile, come risultò dalle multiple e diligenti ricerche microscopiche e culturali fatte dal Sinigaglia, aiuto dell'Istituto di patologia chirurgica.

La durata della malattia fu complessivamente di 69 giorni, compresi quelli della broncopolmonite grave iniziale.

Piuttosto che perdermi in commenti in confronti inutili cogli altri metodi curativi, stimo opportuno accennare per sommi capi ad altre due osservazioni recenti, le quali confermano la bontà del metodo, ch'io applicai con successo fin dal 1896, e che uso sistematicamente in tutte le pleuriti sierofibrinose, e che va sotto il nome di Kawahara, perchè la sua pubblicazione è di poco anteriore alla mia, metodo che modificato più o meno ha incontrato il favore di molti, e che secondo le mie osservazioni merita un posto importantissimo non solo nella cura delle pleuriti purulente, ma delle peritoniti tubercolari essudative, dell'idrocele ribelle, ecc.

OSSERVAZIONE I. — Riguarda P... T..., di Modena, bambino di 5 anni, nato a termine, da genitori sani e robusti. È sempre stato bene fino al 15 giugno 1913, epoca in cui fu preso da convulsioni, febbre alta, dispnea, tosse dolorosa. Decubito sul fianco destro. La febbre largamente remittente arriva alla sera a 40°-40°.5; la tosse è stizzosa, soffocativa; il bambino non la vorrebbe, si smania, piange.

Successivamente la febbre si è fatta intermittente: il rialzo era preceduto da brividi di freddo, e cedeva con sudori profusi. Dimagramento, agitazione, insonnia.

Lo portarono al mio ambulatorio dopo 20 giorni dall'inizio della malattia in condizioni deplorevoli; colpiva subito un pallore particolare, quale si riscontra negli empiemi, e sul quale i pediatri hanno richiamata l'attenzione.

Polso 110; resp. 61; temp. 38°.5.

L'esame obbiettivo mise in rilievo la presenza di un essudato nel torace destro, essudato abbondante, ch'io giudicai di natura purulenta sia in base ai dati ananestetici che a quelli obbiettivi.

L'indomani praticai la toracentesi in 8° spazio sull'ascellare posteriore. Si ebbe scolo di pus inodoro, giallo carico, piuttosto denso, per cui presto si dovette ricorrere all'aspirazione, *more solito,* lasciando cioè aperto il rubinetto del trequarti. Erano già sortiti 310 cmc. di liquido, quando anche coll'aspirazione non ne sortiva più; come però la percussione e lo spostamento del cuore parlavano chiaramente per la presenza ancora di essudato in quantità spiccata, e ci eravamo assicurati che il trequarti non era otturato, iniettammo aria nella pleura colla pompa del Potain attraverso il tubo di scarico, e ad ogni pompata il pus usciva a getto più o meno abbondante dall'altra apertura del trequarti.

Riuscimmo così, senza il più piccolo disturbo del malato, ed abbastanza in fretta, a svuotare il cavo pleurico. Il pus estratto misurava 608 cmc. Diplococco quasi in coltura pura.

Il piccino in pochi giorni migliorò, il liquido non si è più riprodotto; la guarigione è stata perfetta e a breve scadenza.

OSSERVAZIONE II. — G... G..., di anni 49, contadino, di Saliceto Passaro.

Il 7 novembre 1913 è stato accompagnato al mio studio da due nipoti.

Gentilizio immune, non abusi, nega sifilide.

È malato da due mesi, a quanto mi si dice, ma non ha mai voluto consultare il medico. È dimagrato, febbricitante; ed accusa un senso doloroso e di oppressione a tutto il lato destro del torace, sensazione che nei primi 5-6 giorni era stata preceduta da dolore molto vivo.

Polso 105; respiro 47; temp. 37°.9 (erano le 11 e mezza).

La metà toracica non prende alcuna parte alla respirazione; nelle porzioni laterali inferiori leggiero edema. Itto cardiaco spostato, arriva sull'ascellare anteriore.

L'emicirconferenza toracica destra supera la sinistra di cm. 5; l'individuo è destrimane.

Ottusità assoluta su tutto l'ambito toracico destro, la quale guadagna pure la colonna vertebrale. Mutismo assoluto all'ascoltazione.

Non egofonia; la voce afonicamente trasmessa (fenomeno del Baccelli) si avverte come un bisbiglio indistinto.

La diagnosi di pleurite purulenta fu confermata dalla puntura di saggio.

L'esame citologico del pus estratto dimostrava una polinucleosi marcata. Diplococchi capsulati prevalenti, streptococchi.

Nel pomeriggio in casa di un suo parente fu eseguita la toracentesi nel modo solito e si estrassero 1880 cmc. di pus inodoro giallo con riflesso verdastro di densità media.

Il miglioramento fu pronto, tuttavia si è rifatto un po' di liquido per cui dopo 4-39 giorni si è fatta una 2ª-3ª estrazione di 395-225 cmc. colle solite modalità, e da questo momento il miglioramento non è stato più interrotto, così che a metà gennaio 1914 era completamente ristabilito.

Che nei casi in termini la toracentesi semplice possa essere equivalente, quanto agli effetti, al metodo da noi seguìto, non mi pare possa ammettersi sia in base ai risultati di altri, che a quelli di mia osservazione, pochi invero, ma di valore indiscutibile.

Nell'anno passato nei cronici del nostro reparto ospedaliero scoppiò una epidemia di pneumonite, che in pochi giorni fece tre vittime. Degli altri malati sopravvissuti in 3 si sviluppò una pleurite purulenta metapneumonica.

In due feci la semplice puntura molto bassa e nel 3° seguii la pratica in discorso; ebbene mentre in questo dopo la seconda toracentesi il processo era già esaurito, negli altri continuava indisturbato, e solo cedette quando si mise in opera lo stesso trattamento. Lo stesso è avvenuto in certo B..., abitante in Villa S. Caterina, nel quale una pleurite purulenta metapneumonica si dimostrò ribelle, ed anzi si aggravò fin che si limitò il trattamento alla semplice toracentesi, e che cedette al 2° intervento fatto nel modo dianzi svolto.

Lo svuotamento dell'essudato e il lavaggio ad aria della cavità sierosa darebbe gli stessi risultati non solo nella peritonite tubercolare, ad essudato sierofibrinoso, sieropurulento, ma in quella purulenta diplococcica (1 caso).

Spiegare il modo d'agire dell'aria atmosferica è compito arduo, davanti al quale mi sono dato per vinto anche quando compilai le altre note a proposito del metodo di Kawahara nelle pleuriti e peritoniti sierofibrinose (1).

Dai risultati terapeutici e culturali si sarebbe tentati ad avanzare la tesi, che la flora batterica dell'aria atmosferica riesca ad ostacolare e ad impedire lo sviluppo degli agenti causali, e successivamente a distruggerli, modificando l'ambiente non che esercitando una concorrenza vitale vera e propria, donde, come dissi altrove, l'indicazione, il vantaggio di ricorrere all'aria atmosferica non filtrata.

Concludendo:

Il metodo che va sotto il nome del Kawahara, colle lievi modificazioni aggiunte (Kawai, Silvestri), merita di esser preso in seria considerazione non solo nel trattamento delle pleuriti e peritoniti sierofibrinose e purulenti, ma ancora in altre sierositi ribelli, recidivanti.

Modena, 24 agosto 1914.

(1) Gazzetta Ospedali, 1907.

LEZIONI.

La prognosi dell'arteriosclerosi cardiaca.

(G. KLEMPERER. *Die Therapie d. Gegenwart*, 1914, fasc. 7).

Signori, anche per l'arteriosclerosi cardiaca la prognosi è determinata mediante l'esame del la malattia e del suo decorso e, nel singolo caso, hanno la massima importanza lo stadio di essa, le eventuali complicanze, l'etiologia e le risorse terapeutiche.

Secondo le personali mie esperienze, vanno distinti tre stadî dell'arteriosclerosi, con varia prognosi e riconoscibili con l'esame del cuore.

Lo stadio iniziale è subbiettivamente caratterizzato da sensazioni dolorose della regione cardiaca, che possono assumere finanche la forma d'accessi violenti.

Le sensazioni anormali della metà sinistra del torace si accoppiano frequentemente ad altre impressioni dolorifiche su altre regioni, ma anche isolate, presentano la massima analogia con le sofferenze dei nevrastenici.

È da notare che la diagnosi differenziale fra la nevrosi cardiaca vera e la fase iniziale dell'arteriosclerosi cardiaca può presentare le più grandi difficoltà, anche tenendosi conto dei sintomi obbiettivi. Molto frequenti sono dei casi, che potrebbero dirsi intermedî. Questo deriva dal fatto che l'eccitabilità nervosa, ovvero le frequenti eccitazioni nervose rappresentano i precursori o la causa effettiva dell'arteriosclerosi, di modo che nel caso individuale difficilmente si può stabilire se il paziente sia colpito soltanto dalla nevrastenia oppure già dall'arteriosclerosi. L'esame obbiettivo del cuore mostra accentuato il 2° tono dell'aorta, spesso un rumore sistolico alla base; l'ottusità cardiaca è normale, il battito è spesso più intenso; mancano i sintomi della insufficienza vera del cuore.

Sebbene frequentemente i pazienti si lagnino di dispnea, si tratta soltanto di sensazioni angosciose, della dispnea cosidetta psichica. L'accentuazione del 2° tono dell'aorta, allo stato di

riposo, con temperatura normale e con reperto renale normale, è sintoma classico dell'ipertensione arteriosa, che è indissolubilmente legata all'arteriosclerosi cardiaca. Naturalmente anche qui è evidente che la nevrastenia presclerotica può essere la causa principale dell'aumentata pressione, dimodochè l'accentuazione del 2° tono può considerarsi ancora come un sintoma nervoso.

Nei nevrastenici più vecchi, malgrado la più accurata osservazione, non ho mai visto scomparire questo sintoma una volta stabilitosi.

Giudicando così dell'intensità del 2° tono aortico non ritengo esclusa la possibilità di casi d'arteriosclerosi iniziale anche senza ipertensione; però da un lato questi casi sono molto rari, mentre dall'altro l'alterazione ateromatosa rimane limitata alle arterie periferiche; secondo le mie esperienze la pressione del sangue è regolarmente aumentata quando l'aorta è contemporaneamente interessata.

In questa prima fase la prognosi è da considerarsi come favorevole, la durata quasi illimitata.

Il secondo stadio è caratterizzato dalla dilatazione del cuore, sovente anche dalla comparsa di un rumore diastolico; frequentemente si ha la dilatazione dell'aorta ascendente. I sintomi subbiettivi sono identici a quelli della prima fase, frequentemente anche meno spiccati. Per classificare poi ciascun singolo caso non si può assolutamente tener conto dell'intensità dei disturbi subbiettivi: mancano i sintomi del turbato compenso, la dispnea e gli edemi: sono frequenti le irregolarità del polso, la pressione sanguigna è quasi sempre aumentata, manca la vera *angina pectoris*. La prognosi è relativamente favorevole, la vita può conservarsi ancora per molti anni.

Il terzo stadio è caratterizzato dal turbato compenso, dall'insufficienza cardiaca, dall'asma cardiaco e dagli edemi; è tipica poi la vera *angina pectoris*.

In questa fase dell'arteriosclerosi cardiaca la vita del paziente è immediatamente minacciata per la paralisi cardiaca, sebbene anche questi ammalati possano talvolta vivere ancora per lungo tempo.

L'*angina pectoris* è specialmente sfavorevole per la prognosi; però ciò vale soltanto per quegli accessi di dolore intenso con senso di grave abbattimento, con estremità fredde, polso piccolo; nei casi meno violenti i pazienti, pur lagnandosi del dolore, conservano il polso vigoroso nonchè il colorito normale del viso e sono in grado di parlare coerentemente. La vera *angina pectoris* è sempre da considerarsi come indice di morte imminente; ciò nonostante ho potuto osservare dei casi in cui sono trascorsi più di 5 anni fra il primo attacco molto grave ed il secondo letale; Leyden ha osservato persino un intervallo di 9 anni. Però quasi sempre le osservazioni sono da riferirsi alla diagnosi erronea di *angina pectoris* vera invece di angina cosidetta spuria, che è caratterizzata dal colorito fresco del viso, dal polso forte e dalla lieve emozione psichica durante l'attacco. È da notare anche in questa fase il vero aneurisma aortico pulsante. Però, per quanto sia minacciata la vita di tali pazienti, in alcuni casi ho potuto constatare la durata dell'aneurisma vero sino ad oltre 3 anni.

Oltre al risultato dell'esame del cuore, le complicanze sono prognosticamente importanti per l'arteriosclerosi cardiaca; queste complicanze sono rappresentate dall'arteriosclerosi localizzata in altri organi.

Per quanto riguarda le arterie periferiche, questa complicanza ha poco valore per la prognosi, essendo noto che l'ateromatosi si localizza molto variamente nei varî campi vasali, dimodochè l'aorta e le coronarie possono presentare un'alterazione relativamente lieve, mentre la radiale è colpita gravemente dalla sclerosi. Il decorso serpeggiante delle temporali non ha assolutamente nessuna importanza prognostica come l'aumento della pressione sanguigna, misurata nella radiale, è solo un dato sicuro in alcuni casi speciali, cioè quando vi è il reperto renale positivo. Del resto, almeno nelle fasi iniziali la pressione sanguigna è frequentemente variabile e dipendente anzitutto dalle emozioni psichiche. Poco importante in proposito è anche il fenomeno dello zoppicare intermittente notoriamente prodotto dalla sclerosi delle arterie femorali.

Maggiore è l'importanza prognostica della cangrena delle dita del piede causata dall'arterite obliterante dei vasi terminali. Molto frequentemente la cangrena porta all'esito letale, ma non mancano i casi in cui la cangrena, con o senza operazione, si è vista guarire.

Le complicanze cerebrali invece possono avere grandissima importanza: in alcuni casi i gravi insulti apoplettici hanno esito letale, allorquando l'arteriosclerosi cardiaca è ancora nella fase iniziale. Le emorragie relativamente lievi, che subiscono il rapido riassorbimento, riducendo presto i fenomeni paralizzanti, non sono sfavorevoli per la prognosi.

Molti focolai piccoli con paresi multiple sono prognosticamente meno favorevoli; speciale considerazione meritano i fenomeni funzionali e psichici, le vertigini, l'angoscia, il ronzio nelle orecchie, l'infermità mentale. La vertigine può essere d'origine puramente nevrastenica e scom-

pare frequentemente del tutto, specie se dovuta ad emozioni violente, ad abuso del fumo oppure a costipazione grave. Il ronzìo nelle orecchie, sebbene quasi sempre ostinato, non è segno sfavorevole. Uno fra i miei pazienti ha sofferto di questo fenomeno dal suo 64° anno sino alla sua morte avvenuta a 91 anni.

La grave angoscia come complicanza dell'arteriosclerosi cardiaca è d'importanza non trascurabile. Sebbene questi processi quasi sempre corrispondono ad un progressivo processo involutivo nella corteccia cerebrale, ciononostante la loro etiologia può essere anche esclusivamente funzionale.

Il punto d'appoggio per la prognosi è lo stato intellettuale del paziente; finchè questo è prefettamente intatto, la prognosi non è da ritenersi come assolutamente sfavorevole.

Lo stato renale è un dato molto sicuro e talvolta direttamente decisivo: i sintomi dell'atrofia granulare pronunziata confermano quasi sempre una prognosi sfavorevole; sovente la morte subentra per paralisi cardiaca improvvisa; molte volte per uremia senza sintomi precursori; molte volte invece gli arteriosclerotici più vecchi, affetti da fenomeni cardiaci, presentano albuminuria lieve con la parziale funzione renale bene conservata. Queste albuminurie scompaiono frequentemente, o persistono per dei decennii, senza portare alla progressiva nefrite interstiziale.

Le sclerosi addominali sono relativamente rare e per lungo tempo latenti, e però son poco utilizzabili per la prognosi. L'ateromatosi dei vasi pancreatici può dar luogo ad emorragie letali, od in altri casi alla pancreatite interstiziale con diabete grave. La sclerosi delle arterie intestinali producendo dei dolori gravi con emorragia oppure paralisi intestinale può gravemente minacciare la vita. Però in taluni casi gli accessi della cosidetta dispraxia intestinale talvolta non si ripetono per molti anni.

Intrattenendoci ora sull'etiologia dell'arteriosclerosi cardiaca è necessario discutere se l'elemento etiologico determini uno svolgimento progressivo del processo ateromatoso oppure se, cessata la causa, sia da aspettare una stasi dell'affezione.

La prognosi sarà tanto più favorevole, quanto più sollecitamente si riesce ad eliminare le cause della malattia: queste possono essere di natura infettiva, tossica, da alcool o tabacco, da sforzo muscolare, da anomalie sessuali, da emozioni nervose.

Fra le cause infettive la più importante è la sifilide, sia perchè questa sola è ancora accessibile all'influenza terapeutica, sia anche perchè una fra le più frequenti cause dell'arteriosclerosi cardiaca.

Io ho constatato che l'endaortite luetica, diagnosticata precocemente, è accessibile alla guarigione, se sottoposta a terapia energica, usando all'uopo, per 6 ad 8 settimane, 2 a 3 gr. di ioduro di potassio al giorno; sono invece insufficienti le dosi piccole di iodio unite alla saiodina o ad altri simili medicamenti, mentre queste dosi piccole sono efficaci nell'ateromatosi non specifica.

Le dosi elevate dell'iodio si possono sostituire anche col mercurio.

Queste cure sono opportunamente da ripetersi da un anno all'altro, almeno finchè la reazione di Wassermann è positiva.

Non mi sembra poi conveniente l'uso del salvarsan in tali casi, essendo superfluo quando lo iodio oppure il mercurio sono ben tollerati.

Nei casi dovuti all'abuso dell'alcool o del tabacco, è da raccomandare vivamente l'astinenza assoluta, giacchè ogni anche piccola concessione compromette la prognosi favorevole.

Gli eccessi da sforzo muscolare rappresentano parimenti un fattore della ateromatosi ospedaliera.

Sfortunatamente questi pazienti quando giungono alla cura medica, si trovano già nel secondo o terzo stadio della malattia, sicchè il riposo non può più recare una giovamento sufficiente.

Molte volte la prognosi dipende dalla funzionalità sessuale; già altre volte ho rilevato l'importanza del coito interrotto come elemento etiologico dell'arteriosclerosi; però in numerosi casi ho potuto constatare quanto favorevolmente la limitata funzione sessuale influisca sul decorso dell'arteriosclerosi cardiaca.

Identicamente si dica in riguardo all'emozione generale del sistema nervoso causata da lavoro incessante e precipitoso, dalle cure, dalle preoccupazioni, da ambizione, da amore od odio.

La prognosi della malattia sta in rapporto proporzionale diretto con l'interessamento con cui i pazienti accolgono e prendono a cuore i consigli del medico riguardo ad una vita tranquilla, ad un concetto filosofico della vita.

Rimane ora a dir qualche cosa su quel fattore prognosticamente tanto importante che consiste nelle risorse terapeutiche opportune. Certamente la sorte di molti di questi ammalati dipende dalle condizioni non soltanto interne, ma esterne, il riposo e la quiete essendo gli elementi essenziali di una prognosi favorevole. Quindi i migliori ammonimenti sono inutili quando il paziente si trova in condizioni esterne tali da non poter seguirli. Fortunatamente sono spesso colpiti dall'arteriosclerosi individui agiati; ma per

lo più la origine della malattia è rappresentata dallo sforzo indefesso tendente a migliorare la propria posizione sociale; molti perciò saranno in grado di seguire i consigli del medico e quindi di rendere favorevole la prognosi.

Riguardo infine ai vari medicamenti in uso, io sono fautore della terapia dell'iodio, ordinando regolarmente una tavoletta di saiodina a brevi intervalli 2 volte al giorno, alla quale è utile unire la terapia arsenicale, avendone constatato l'efficacia contro la nevralgia, la vertigine, l'angina, nonchè contro i disturbi cardiaci subbiettivi. A questo scopo usavo prima 5 a 6 goccie al giorno del liquore di Fowler o delle piccole dosi delle comuni acque arsenicali; ora da 3 anni consiglio a preferenza l'elarson, 3 a 6 tavolette al giorno, perchè può facilmente dosarsi e perchè si conserva bene.

Prescindendo dall'efficacia subbiettiva, l'elarson dimostra anche un effetto obbiettivo, abbassando la pressione sanguigna, come anche Neiszer ha recentemente constatato. L'uso alternato di dosi piccole di iodio ed arsenico contribuisce a migliorare la prognosi dell'arteriosclerosi cardiaca.

Dott. D. DE CHIARA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 22 novembre 1914.

Presidenza del prof. F. DURANTE, presidente.

Prof. R. CAMPANA. *Risultati d'inoculazioni di tessuti freschi omogenei ed eterogenei normali e luetici su cavie.* — L'O. riferisce il risultato di alcune sue ricerche destinate a studiare gli effetti della inoculazione di brani di tessuti freschi e fisiologici di cavie e di tessuti di uomo normali e luetici introducendoli nelle cavie, tanto sotto forma di branellini, come ridotti in detrito col tagliuzzamento.

Di 5 cavie che non presentarono fatti caratteristici, 3 erano state trattate con trapianti di sclerosi iniziale sifilitica. Altre 2 invece, che avevano ricevuti trapianti sottocutanei di tessuti o di mescolanze di brani di testicolo, presentarono fenomeni che l'O. diligentemente descrive.

Dott. A. BALDONI. *Importanza della reazione della strofantina praticata facendo agire l'acido solforico sul seme di strofanto.* — L'O., dopo avere richiamato l'attenzione sul fatto che in tutte le Farmacopee si trovano accolti come officiali o i semi dello strofanto ispido o quelli dello strofanto Kombé, fa rilevare come questi semi siano capaci di dare una reazione verde trattati con acido solforico, mentre non fanno altrettanto i semi non officinali. L'O., dopo avere richiamato l'attenzione su questa semplice reazione eseguita sul seme dello strofanto Kombé, descrive il modo di comportarsi della medesima a seconda l'età, lo stato di conservazione del seme e l'azione della luce e della temperatura.

Fa inoltre rilevare che le strofantine preparate dalle Case industriali e messe in commercio non reagiscono all'identico modo di fronte all'acido solforico, il che fa pensare che esse siano chimicamente differenti.

Il socio GALLI prendendo la parola sull'argomento desidera sapere se sono state fatte ricerche o se si ha in animo di fare ricerche con le diverse strofantine. Alla stessa domanda si associa il prof. ROSSONI.

Il socio TAUSSIG ricorda che quando era primario a Santo Spirito, in un certo periodo di tempo fu costretto a sospendere la prescrizione della tintura di strofanto perchè non corrispondeva terapeuticamente.

Il socio CAMPANA fa notare che non tutti i fabbricanti e gli industriali sono ugualmente accurati nel preparare i principî attivi.

Il dott. BALDONI risponde al socio Taussig che l'inefficacia della tintura di strofanto potrebbe trovare una probabile spiegazione nel fatto che la tintura sia stata preparata con semi di strofanto o non officinali, ovvero officinali, ma vecchi ed alterati. La reazione coll'acido solforico eseguita sul seme di strofanto, oltre indicare se il seme sia di strofanto ispido o strofanto Kombé, dà indizio anche sulla conservazione del seme, perchè un seme vecchio o alterato non reagisce o reagisce male. Risponde poi agli altri oratori che molte strofantine sono state sperimentate e dalle osservazioni fatte è risultato che gli effetti non sono uguali. Oltre a ciò paragonando i risultati suoi con quello di altri ricercatori si è convinto che le ditte produttrici devono adoperare semi differenti e mescolati in proporzione non costante. La reazione coll'acido solforico eseguita sulla strofantina può dare qualche indizio sulla origine del seme da cui la strofantina è stata preparata.

Dott. U. CERLETTI. *Allucinazioni sperimentali.* — L'O. riferisce il risultato di esperienze eseguite su animali per lo studio del problema delle allucinazioni sperimentali.

Il socio TAMBURINI osserva che dalla comunicazione del dott. Cerletti può sorgere il quesito se dalle sue ricerche risulta o meno confermata la dottrina, emessa già dall'O. ed ora quasi universalmente accettata che, cioè, la sede delle allucinazioni sia nei centri sensori corticali. Certamente chi interpretasse i fenomeni osservati dal Cerletti negli animali intossicati con morfina come effetti di allucinazioni visive, fenomeni che persistevano anche dopo l'asportazione dei centri visivi occipitali, ne dovrebbe trarne conclusioni contrarie a tale dottrina. Ma i fatti riferiti dal Cerletti e specialmente il verificarsi di tali fenomeni anche in animali privati della vista dall'epoca della nascita e intossicati colla morfina, fanno escludere che possa trattarsi di allucinazioni visive, e quindi non infirmano per nulla quella dottrina.

La quale del resto è confermata, oltre che da molti casi clinici controllati col reperto anatomico, di lesioni rilevate nei centri sensorî corticali in individui che in vita erano allucinati, anche da ricerche sperimentali, fra le quali quelle compiute dal Danillo nei laboratori della Salpêtrière, in animali divenuti chiaramente allucinati per intossicazione d'assenzio, nei quali l'asportazione dei centri sensorî corticali sopprimeva i fatti allucinatori, e quelle sperimentali sull'uomo eseguite dal Burkhardt di Neuchâtel, che in individui allucinati asportando i centri sensorî corrispondenti al senso che era sede delle allucinazioni, otteneva la scomparsa di queste, sebbene colla soppressione delle allucinazioni si sopprimesse, come era inevitabile, anche la rispettiva funzione sensoria in causa della distruzione del relativo centro corticale.

Il socio OTTOLENGHI, prendendo la parola sull'argomento dice: Mi sono occupato molti anni fa dell'obbiettivazione delle allucinazioni provocate in stati ipnotici. Apprezzo quindi altamente gli ingegnosi esperimenti fatti dal professor Cerletti. Per l'interesse medico-legale che possono avere le sue conclusioni che verrebbero a diminuire notevolmente l'importanza dell'osservazione accurata dei movimenti mimici del soggetto per l'interpretazione di uno stato allucinatorio, mi permetto di fare due domande:

1° l'individuo allucinato può serbare ricordo dell'immagine allucinatoria subìta? Si tratti pure di un individuo come quello nel quale ha esperimentato il Cerletti, che abbia una grande facoltà d'introspezione; come possiamo essere certi che il racconto che egli ci fa sia esatto e non lasci dubitare l'esistenza di un periodo più o meno breve di stato allucinatorio anche subcosciente?

2° nell'interpretazione degli esperimenti del Cerletti sugli animali, che aprono così nuovi ed interessanti argomenti nel campo della fisiopatologia, non si deve tener conto della nota supplenza e sostituzione delle diverse funzioni sensoriali che spiegano alcuni meravigliosi casi come quello della cieca e sordomuta Keller e che fanno supporre possibile un passaggio attraverso certe vie sensoriali di eccitamenti di altra natura?

Domandano altre dilucidazioni i soci professori Gaglio e Lo Monaco. A tutti risponde il dott. Cerletti.

Prof. U. GABBI. *Sulla comparsa e diffusione della febbre dei tre giorni nella Sicilia orientale e nella Calabria inferiore.* — L'O. riferisce sulla comparsa della febbre dei tre giorni nella Sicilia orientale e nella Calabria inferiore, malattia non esistente precedentemente al terremoto calabro-siculo in quelle località. Mette in relazione lo svilupparsi della malattia non tanto coll'aumento copioso dei pappataci per le numerose macerie formatesi, quanto con il legname da costruzione importato dalle regioni dalmate dove la febbre dei tre giorni è endemica.

BALDONI.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Adunanza ordinaria del 27 novembre 1914.

Presidenza: prof. D. BARDUZZI, presidente.

Il presidente, prof. Barduzzi, commemora **Andrea Vesalio**.

Egregi colleghi,

Prima delle ferie deliberaste che la nostra Accademia facesse ossequente adesione alle onoranze preparate per l'agosto decorso al grande restauratore dell'anatomia umana, Andrea Vesalio, dalla sua patria Bruxelles in occasione del IV centenario della di Lui nascita.

Purtroppo l'orribile violenta, improvvisa devastazione del Belgio ha impedita questa solenne, patriottica, scientifica manifestazione, che ci auguriamo possa essere nell'anno venturo compiuta.

Non debbo ricordarvi tutti i grandi meriti del Vesalio, le opposizioni tenaci e le lotte che dovette sostenere per diffondere le sue nuove dottrine dimostrative anatomiche, ma non posso tralasciare dal rilevare che Egli fu uno spirito rinnovatore da segnare con l'opera sua il primo periodo scientifico positivo della anatomia, e che nelle Università italiane fu maestro insigne.

Datosi infatti govanissimo agli studi anatomici e medici potè per il primo sezionare a Lovanio un cadavere, e formarne il primo scheletro, ma non trovando seguaci al suo nuovo metodo di insegnamento dimostrativo, accolse l'invito della Repubblica di Venezia di andare ad esercitare colà la medicina. Ma attratto dalle indagini anatomiche, accettò con grande soddisfazione la nomina di lettore di chirurgia nello Spedale padovano ove suscitò opposizioni ed ire dei *Galenisti,* che non permettevano che fossero discusse e criticate le dottrine anatomiche di Galeno.

Anche negli Studî di Bologna, di Pisa, dovette sostenere una lotta grande per fare accettare il suo rinnovamento dell'anatomia contro gli errori secolari degli insegnamenti galenici, tanto che non ostante i suoi preziosi lavori e specie il celebre trattato *De corporis humani fabrica,* si decise di abbandonare scoraggiato l'Italia, accettando la nomina onorevole di medico di Carlo V.

Ma morto presto questi, fu dai suoi nemici accusato di avere sezionato un moribondo, per guisa che gli fu imposto un viaggio di espiazione in Terra Santa. Di ritorno trovò immaturamente la morte in un naufragio nell'isola di Zante, appena cinquantenne, mentre era chiamato dal Senato veneto a succedere in Padova al Falloppio.

A questo insigne riformatore, o piuttosto riformatore della nuova anatomia dimostrativa positiva, il nostro ossequio; alla sua patria desolata, sterminata, ma non distrutta, il nostro augurio che possa celebrare le glorie di un suo grande figlio, che fu splendida gloria anche dei nostri Atenei.

LUNGHETTI. *Sopra un caso di cancro-cirrosi del fegato.* — L'osservazione raccolta appare interessante non solo per diverse particolarità strutturali della forma neoplastica, ma anche perchè è in essa chiaramente risultato come la cirrosi (atrofica), pur preesistendo allo insorgere del cancro, abbia da questo fatto subìto un notevole aggravamento dovuto, più che alla formazione di una zona di fibrosi perineoplastica, allo stabilirsi, con meccanismo piuttosto complesso nelle vicinanze dei noduli di tumore, di numerosi focolai di necrosi parenchimale ed alla consecutiva organizzazione connettivale di essi.

ID. *Sulla struttura normale e patologica dell'ipofisi faringea* (osservazioni preliminari). — L'A. avendo da tempo intrapreso lo studio della struttura dell'ipofisi faringea in rapporto allo stato dell'ipofisi centrale e della tonsilla faringea, comunica intanto i risultati delle prime osservazioni eseguite.

Nei cordoni e alveoli dell'ipofisi faringea oltre agli elementi ipofisari comuni (cellule cromofobe e cromofile) ricorda specialmente delle cellule talvolta molto voluminose di aspetto vescicolare, isolate o riunite in piccoli gruppi, le quali degenerando possono dare origine alla formazione di vacuoli più o meno ampi nell'interno dei cordoni. Ha pure constatato l'esistenza di cordoni misti di cellule ipofisarie cromofobe o cromofile e di cellule pavimentate con o senza spine e con tendenza invadente più o meno spiccata.

Dal lato istopatologico, oltre a fatti degenerativi parenchimali più o meno estesi riscontrati in varie condizioni morbose, descrive due forme di atrofia dell'ipofisi faringea: una semplice, consistente nell'impicciolimento dei cordoni e dei loro elementi cellulari che perdono tutte le caratteristiche di cellule ipofisarie; un'altra *metaplastica* dovuta alla scomparsa del tessuto parenchimale per l'invasione dal lato delle cellule pavimentose, possibile a verificarsi anche in giovani soggetti.

Nell'ipofisi centrale ha riscontrato l'esistenza di una varia quantità di cellule cromofile nelle pareti delle cisti costituenti il lobo intermedio: le quali si vedono anche, ora più ora meno abbondanti, libere nell'interno del lobo nervoso: con varia frequenza ha veduto in questo delle goccie colloidi e delle cellule pigmentate.

Nella tonsilla faringea, quasi sempre apparsa piuttosto voluminosa, ricorda l'esistenza nell'epitelio di rivestimento di grosse cellule vescicolari simili a quelle vedute nell'ipofisi faringea; di zone di epitelio pavimentato fornite o no di spine; di cuniculi di grosse cellule rotondeggianti con protoplasma finamente vacuolizzato.

G. B. FRANCI. *Il tritromonaftolo nella pratica stomatologica.* — L'A. ha esperimentato nella pratica stomatologica un nuovo antisettico: il tritromonaftolo o providoformio (1) recentemente preconizzato dal prof. Bechhold (2) e da questi studiato nell'Istituto di terapia sperimentale di Francoforte diretto dal prof. Paolo Ehrlich.

I buoni risultati ottenuti nella cura delle stomatiti, della piorrea alveolo-dentaria e della carie dentaria gli dànno ragione di ritenerlo ottimo disinfettante e vantaggioso su molti antisettici finora usati nel campo stomatologico-odontoiatrico. MARTINI.

(1) Il tritromonaftolo è stato messo in commercio con il nome di « providoformio » dalla Provido Gesellschaft di Berlino, N. W. 21, Alt Moabit, 104.

(2) H. BECHHOLD. *Haltspezifische Disinfektion.* Münch. mediz. Woch., 1914, N. 37, S. 1929.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla nefrite sperimentale.

Si è detto che le ricerche sperimentali sugli animali non portano nessuna luce nella questione della nefrite dell'uomo.

Alcune sostanze irritanti, come il sublimato e la cantaride, producono delle lesioni nell'apparato tubolare dei reni, mai in altra parte dell'organo, e le lesioni così prodotte sono sempre di natura degenerativa, mai infiammatoria. In una nota recente letta nella *K. Gesellschaft d. Aertze*, Vienna (*Berliner klinik Wochenscrift*, giugno 15, 1914), Wiesel e Hess hanno comunicato di avere iniettato sali di uranio nel peritoneo e soluzioni d'adrenalina nel sangue, e di avere prodotto per questo mezzo forme di nefrite acuta e cronica, simili del tutto alla nefrite spontanea dell'uomo. La malattia si inizia con degenerazioni dei tubuli della zona corticale, accompagnata da glomerulite tipica, seguìta da degenerazione ialina, e da rapido ispessimento dei tessuti interstiziali e dei vasi sanguigni. Il processo generale consiste in una degenerazione del parenchima con proliferazione del tessuto connettivo. Segue una glomerulite acuta, nefrite parenchimatosa subacuta e rene cronico raggrinzato. L'adrenalina determinerebbe secondo l'A. una spiccata costrizione dei vasi sanguigni dei glomeruli, così che l'uranio ritenutovi eserciterebbe la sua particolare tossicità.

p. s.

CASISTICA.

Le forme fruste dello scorbuto infantile.

La diagnosi di scorbuto infantile è chiara in un bambino da 6 a 18 mesi, anemico, che accusi dolori ossei e presenti fenomeni pseudo-paralitici, emorragie sotto-periostee, gonfiore ed ecchimosi delle gengive, macchie di porpora cutanea, ematuria. Ma in molti casi mancano molti dei sintomi caratteristici della malattia di Barlow, e vi si trova quasi completo il quadro sintomatologico di un'altra affezione.

Lowet Morse (*Long Island Medical Journal*) notava nel 1907 che su 30 casi soltanto cinque volte si era potuto riconoscere la natura esatta della malattia.

Vesval si occupa degli errori diagnostici a cui spesso portano le forme fruste dello scorbuto (*Journal des praticiens*, genn. 1914), per cui i piccoli pazienti sono stati curati come affetti da nevriti, paraplegia, paralisi infantile, paralisi d'origine luetica o rachitica, osteomielite, osteite tubercolare, coxalgia, reumatismo, meningite, emofilia, ecc.

Forma dolorosa. — Il dolore che di raro manca e di solito è il primo sintoma dello scorbuto, può in certi casi essere il solo sintoma della malattia. Per lo più ha sede nel sistema locomotore: è simmetrico nelle gambe o nel 3° inferiore delle coscie, qualche volta nelle braccia, alla cresta iliaca, al cranio. Il dolore dello scorbuto ha fatto pensare a nevriti, nevralgie, curate con gli analgesici.

Forma pseudo-paralitica. — Al dolore può associarsi la pseudo-paralisi, senza causa organica, conseguenza diretta del dolore e che col dolore scompare. Si pensa al morbo di Pott, alla paralisi infantile, alla pseudo-paralisi sifilitica del Parrot, alla coxalgia o alla lussazione congenita della coscia.

Forma pseudo-reumatica. — Se vi ha febbre nello scorbuto infantile, è facile pensare al reumatismo articolare acuto. Questo però è estremamente raro nei neonati.

Forme fruste con alterazioni ossee. — Le emorragie sottoperiostee dello scorbuto determinano una tumefazione con edema delle parti molli soprastanti, per cui si è pensato alla osteomielite, alla tubercolosi, ad una frattura d'origine traumatica o rachitica.

Forme fruste con emorragie esterne ed alterazioni della crasi sanguigna. — Le emorragie gengivali, che si è ritenuto il sintoma principale dello scorbuto perchè è il più evidente, possono esistere da sole sopra tutto all'inizio della malattia. Si parlerà allora di dentizione difficile, e si scarificheranno le gengive. Le emorragie cutanee faranno pensare alla porpora. Si potrà pensare anche all'emofilia, ad un'ematuria in rapporto con la nefrite acuta, ecc.

Si eviteranno questi errori pensando sempre allo scorbuto infantile ed informandosi del modo d'alimentazione del bambino in esame. Se si sa che il bambino è nutrito artificialmente con prodotti conservati, difficilmente si faranno certi errori diagnostici.

Basterà sostituire l'uso degli alimenti freschi, e prescrivere l'uso del succo di limone, ecc. e se si tratta di morbo di Barlow si vedranno subito scomparire dei sintomi che avrebbero fatto pensare ad una diagnosi di malattia più grave ed a cure inutili o nocive.

p. s.

Localizzazione polmonare del meningococco.

V. Lingelsheim dallo studio dell'epidemia di meningite cerebro-spinale osservata nell'Alta Slesia così concludeva nel 1905: « il meningococco non ha affinità per organi diversi dalle membrane del sistema nervoso: si è accennato qua e là alla sua presenza nel sangue, nella milza, nei polmoni, nelle sierose; ma un maggior numero di fatti negativi si oppone ad un piccolo numero di fatti positivi. Il carattere patogeno distintivo del meningococco è giustamente quello della scelta elettiva d'un organo determinato, nel quale esso colonizza, in contrasto con le proprietà degli agenti infiammatori banali ».

Dopo il 1905 a grado a grado che i mezzi di identificazione del meningococco si facevano più precisi, e che la ricerca di esso diveniva più frequente e sistematica, si conobbero meglio e più frequenti le localizzazioni del germe.

G. Loygue (*Paris méd.*, 1° agosto 1914), nota che per quanto importante e caratteristica rimanga l'aggressione dell'asse nervoso per parte del meningococco, non è più possibile considerare soltanto come episodiche le altre localizzazioni del meningococco: talora si hanno complicazioni in altri organi durante una meningite cerebro-spinale, dovute al meningococco, tal'altra esistono localizzazioni primitive senza meningite.

In una donna affetta da meningite cerebrospinale da meningococco (constatazione di diplococchi intracellulari Gram-negativi, identificati per meningococchi con le culture in agarascite, in terreni zuccherati, e con l'agglutinazione), dopo tre o quattro giorni dal suo ingresso nell'ospedale è presa da dolore puntorio toracico a sinistra.

Tosse con espettorato di color rosso mattone; l'esame obbiettivo deponeva per una polmonite lobare, col decorso di una volgare polmonite crupale.

L'esame dell'espettorato rivelò la presenza di numerosi diplococchi disposti come grani di caffè, Gram-negativi, extra ed intracellulari, accanto a diplococchi lanceolati ed incapsulati Gram-positivi non numerosi.

Seminati gli sputi su agar-ascite si isolano tipici diplococchi e meningococchi; questi ultimi dànno su terreni zuccherati le stesse reazioni, e col siero agglutinante lo stesso fenomeno d'agglutinazione (1:200) del meningococco coltivato nel liquido cefalorachidiano.

Per di più è notevole il fatto che dal muco rino-faringeo non fu possibile isolare il meningococco. L'emocultura non fu praticata.

In una donna dunque con meningite complicatasi a polmonite è stato possibile identificare come causa unica delle due lesioni il meningococco di Weichselbaum.

t. p.

L'esame batteriologico del sangue in 50 casi di febbre tifoide.

Il Saski (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 1914, 1-2) riferisce i risultati ottenuti nella clinica del Ianowski, a Varsavia, praticando sistematicamente, negli infermi di tifo, la reazione di Widal e l'emocoltura.

I bacilli di Eberth si riscontrano con grande frequenza nel sangue circolante anzi sono quasi costanti nel primo settenario, e tendono poi man mano a scomparire. Esiste quasi un rapporto fra batteriemia e gravità dell'infezione: mentre infatti nelle forme leggiere i germi scompaiono quasi di regola dalla circolazione verso la seconda settimana, nelle forme gravi permangono durante tutto il secondo ed anche il terzo settenario.

Comparativamente la sieroreazione si comporta in modo inverso; essa cioè compare nel secondo periodo della malattia; mentre infatti nel primo e parte del secondo settenario l'emocoltura dà risultati positivi e l'agglutinazione manca, nella seconda fase dell'infezione il criterio diagnostico dev'essere affidato alla sieroreazione.

SABATINI.

TERAPIA.

L'intolleranza verso il salicilato di sodio.

Anche a dosi deboli e frazionate il salicilato di sodio può dare fenomeni di intolleranza. Questa può essere a carico del sistema nervoso, e manifestarsi, con varia gravità, mediante vertigini, nausea, ronzio agli orecchi, vomito, palpitazione, aritmia, delirio, dispnea ed infine congestione epatica e renale.

Si ammette che non sia il salicilato che produca direttamente tali disturbi, ma bensì l'infezione reumatica, la quale aumenta la permeabilità dell'aracnoide di fronte al salicilato stesso, che verrebbe quindi ad intimo contatto con gli elementi nervosi.

L'intolleranza verso il salicilato può sovente essere puramente gastrica, provocando siffatto rimedio violenti riflessi da parte dello stomaco.

Pouchet consiglia per evitare ciò di somministrare il salicilato sia in pozione al momento dei pasti, sia in soluzioni diluite assai. Ecco

qualche formola:

Sp. Salicilato di sodio . . gr. 15
Rhum vecchio . . . . » 60
Sciroppo di scorze di arancio amaro . . . . } ana gr. 100
Acqua distillata . . . . }

S. da somministrare a cucchiai, in una tazza di tisana.

Volendo evitare l'alcool si può prescrivere:

Succo di liquirizia depurato . } ana gr. 5-10
Salicilato di sodio . . . . . }
Acqua distillata . . . . . . gr. 100

A queste pozioni si può con buon effetto aggiungere 5-10 gr. di bicarbonato di sodio. Così pure ogni presa di salicilato può essere data in un bicchiere di acqua di Vichy.

Josué consiglia per ottenere dal salicilato il massimo della tolleranza e dell'efficacia, di associarlo con parti eguali di bicarbonato di sodio e di fare un abbondante clistere o dare una purga all'infermo prima di cominciare la somministrazione del farmaco. In tal guisa la cura salicilica può essere lungamente continuata, ad alte dosi.

Non piccola importanza ha, durante queste cure, la ricerca del salicilato nelle urine, che si pratica nel modo più elementare versando in una provetta, contenente l'urina, qualche goccia di percloruro di ferro: la presenza del salicilato verrà rivelata da una bella colorazione violetta.

Se questa colorazione manca, o l'infermo non ha preso la medicina (ciò che non è raro), o l'eliminazione renale è scarsa. Ed in quest'ultimo caso bisogna mettersi in guardia: negli ammalati che prendono salicilato, la diuresi viene ridotta dagli abbondanti sudori; ma la pelle è cattiva eliminatrice del farmaco, ed allora bisogna stimolare il rene, per ottenere l'eliminazione del rimedio e delle tossine, mediante abbondanti bevande calde (latte, caffè e the leggieri, infusi di picciuoli di ciliegie, di tiglio, ecc.).

G. SABATINI.

L'uso dei clisteri di salicilato nella dissenteria.

Recentemente l'Eichhorst ha proposto di trattare la dissenteria coi clistieri di salicilato di sodio al 2%. Il Lutsch (*Münch. med. Woch.*, 1914, p. 476) ha sperimentato questo metodo su larga scala ed è venuto al risultato che il dolore ed il tenesmo cessano immediatamente; i clistieri si praticano alla temperatura del corpo e debbono essere ritenuti per circa una mezz'ora. La dose per gli adulti è di 13 gr. di salicilato sodico in 650 gr. d'acqua.

L'A. ha anche adoperato questi clistieri, contro le diarree ordinarie ed i catarri intestinali in genere con ottimi risultati.

P. A.

IGIENE.

Igiene scolastica.

Il Ministero della P. I. e la Direzione generale di sanità, da qualche anno, vanno riconoscendo il valore della vigilanza igienico-sanitaria nelle scuole; e sebbene i corsi d'igiene scolastica per i medici provinciali aggiunti e gli ufficiali sanitari, per la brevità della durata e le difficoltà dell'applicazione pratica degli insegnamenti specie ne' piccoli Comuni, dove più necessaria è l'opera dell'igienista, non risolvono che in minima parte il grave problema dell'igiene scolastica, sono peraltro il riconoscimento ufficiale della sua importanza.

I Comuni dei grandi centri hanno organizzato per proprio conto il servizio di assistenza medica ed igienica nelle scuole elementari; e se in alcuni, per ragioni finanziarie o per difetto di un preciso indirizzo tecnico, esistono non lievi deficienze, esso rappresenta sempre un reale progresso igienico, se si pensi alle lagrimevoli condizioni in cui si trovavano le scuole primarie in epoca non remota. Nell'ultimo decennio vi è stato invero un fecondo risveglio per cui molti Comuni, anche tra i minori, costruirono edificî scolastici per le scuole elementari, veri modelli di tecnica e d'igiene, maggiore divenne la sorveglianza sul materiale scolastico, frequente l'intervento del medico nelle quistioni pedagogiche; fu reso obbligatorio il libretto sanitario individuale, furono istituite scuole per i tracomatosi, per i deficienti, scuole all'aperto, colonie climatiche, associazioni mutualistiche, refezioni scolastiche, un complesso insomma di provvidenze igieniche intese a rendere la scuola primaria non soltanto educatrice di coscienze e di intelligenze, ma formatrice di individui sani e vigorosi.

Senonchè quest'attività igienica fu rivolta quasi esclusivamente agli alunni delle scuole elementari, trascurandone gli insegnanti, e senza preoccuparsi degli alunni e degli insegnanti delle scuole medie e superiori; lacuna gravissima per cui, ad esempio, la diversità di trattamento fatto, nelle medesime condizioni di età, agli alunni delle classi elementari superiori in confronto di quelli delle prime classi delle scuole medie, nelle quali manca il controllo diretto della igiene pedagogica, è una contraddizione evidente e tanto più dannosa se si consideri

che per il lavoro mentale divenuto più intenso nel differenziarsi delle materie di studio, più vigile e vigorosa dovrebbe essere nelle scuole medie, insieme con la didattica, la sorveglianza igienica.

E non potendo il medico provinciale al quale è affidata, dedicarvi la sua attività, assorbito, com'è, dall'ingombrante lavoro più burocratico che tecnico, essa rimane una sterile disposizione regolamentar senza nessuna utilità per le scuole secondarie.

Fino al 1911 esisteva invero presso il Ministero della P. I. un Ispettorato centrale dell'igiene: esso fu abolito e creato in sua vece un Ispettorato per l'educazione fisica, quasi che questa potesse emanciparsi dalle norme fondamentali dell'igiene scolastica con metodo ed indirizzo indipendenti.

La sorveglianza igienica della scuola non può essere privilegio dei grandi centri urbani e delle scuole elementari, ma deve estendersi, senza distinzione di grado, a tutte le scuole pubbliche e private, e divenire una funzione di Stato: accanto all'Ispettorato scolastico sorga, come nell'ultima legge approvata dal Parlamento belga, l'Ispettorato dell'igiene.

Un altro problema non meno importante è quello dell'insegnamento dell'igiene come efficace preparazione a quella coscienza igienica che non potrà formarsi senza la propaganda nella scuola in continua lotta contro l'ignoranza ed il pregiudizio.

Nell'ultima legge per le scuole medie prevalsero criterî economici ed amministrativi, e siamo ancora in attesa di quella grande riforma tecnica che in tutte le nostre scuole dia all'insegnamento dell'igiene il posto a cui, per il suo valore sociale, ha diritto.

È doveroso ricordare che non difettano però tra noi iniziative private, lodevole fra le altre quella dell'Associazione Nazionale dei medici condotti, per opera delle quali, specialmente nelle scuole normali, si tengono corsi d'igiene secondo programmi concordati col Ministero della P. I.; ma la loro efficacia, indipendentemente dal valore degli insegnanti, sarebbe certamente maggiore se formassero parte dell'insegnamento ufficiale.

Il Comitato medico parlamentare ha nel suo programma d'azione anche l'insegnamento dell'igiene nella scuola: auguriamo che la iniziativa trionfi, e non subisca la pena della soppressione, come è accaduto nella legge Luzzatti contro l'alcoolismo (2 giugno 1911) al rimpianto articolo 17, che istituiva l'insegnamento antialcoolista nelle scuole elementari, normali, secondarie, serali, festive e reggimentali.

p. z.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(573) *Cura d'erpete prepurziale.* — Nella « Posta degli abbonati » prego darmi risposta con cortese sollecitudine alla seguente domanda:

Qual'è la cura migliore dell'erpete prepuziale?

Da poco tempo ho in cura un giovane di circa trenta anni, che non ha contratte mai malattie veneree, di buonissima costituzione, e che da circa un anno va soggetto ad eruzioni di erpete del prepuzio e un po' anche del glande, che si ripetono e si esacerbano dopo qualche coito rendendo dolorosa e difficile la fuoriuscita del glande. Se esso si astiene per un po' di tempo dal coito e usa, come suole, nettezza ai genitali, l'eruzione sparisce, per tornare, come ho detto, dopo l'accoppiamento.

L'erpete è malattia contagiosa? Nel mio caso è consigliabile il matrimonio? Può il giovane con le cure che Lei mi indicherà completamente guarire?

Anticipando i dovuti ringraziamenti.

Dottor Enrico Ruggeri.

Collebeato (Brescia).

Nella cura dell'erpete genitale devesi tenere conto del fatto, che si tratta di una affezione la quale guarisce spontaneamente, e che bisogna soltanto allontanare influenze nocive secondarie. Si deve quindi tenere pulite ed isolate le parti colpite mediante polveri (xeroformio, dermatolo, ecc.), e garza. Se le vescicolette si sono rotte e si hanno delle erosioni più o meno coperte, allora l'uso di garza al jodoformio, vioformio, airolo rende buoni servigi; se esiste edema e gonfiore, si mostrano efficaci piccole compresse con acqua vegeto-minerale, resorcina al 2 %, ecc. Se l'epitelizzazione delle perdite di sostanza procede lentamente, si può fare una leggera causticazione con solfato di rame.

Le misure raccomandate per evitare le ricadute (pulizia scrupolosa della parte, uso prolungato di arsenico, applicazione di pomate al catrame) non dànno risultati sicuri.

L'erpete genitale non è affezione contagiosa, ma dipende probabilmente da fattori nervosi. Spesso il male si manifesta in individui, che hanno sofferto precedentemente di ulcerazioni genitali.

In generale l'erpete genitale non costituisce un ostacolo per il consenso al matrimonio.

J. ULLMANN.

(574) *Sul trattamento dei tatuaggi.* — L'abbonato 3858 chiede:

Quale rimedio esiste per distruggere un tatuaggio della regione del polso?

Ringrazia per la risposta, e si augura averla sulla « Posta degli abbonati ».

Barletta (Bari). Dott. D. M.

La cura dei tatuaggi consiste nella distruzione delle parti tatuate mediante l'escissione o cauterizzazione col galvano-cautere. Secondo Heller il miglior metodo sarebbe l'elettrolisi. Anche mezzi caustici chimici (cloruro di zinco in soluzione concentrata, ecc.), i quali provocano una infiammazione essudativa, sono stati raccomandati.

Dubreuilh ha usato in qualche caso con successo la decorticazione, che consiste nell'abrasione di un certo spessore della pelle tatuata ed immediata sostituzione con innesti secondo Thiersch.

Ma qualunque trattamento si impieghi, il rimedio è a parere nostro di solito peggiore del male.

J. ULLMANN.

(575) *Sulla genesi della colesterina.* — Prego volermi dare delucidazioni sul seguente quesito nella rubrica « Posta degli abbonati ».

Si ammetteva una volta che la colesterina provenisse quasi esclusivamente dalla disassimilazione di certi tessuti (tessuto nervoso) e passando nel sangue arrivasse nell'intestino con la bile.

Studi ulteriori dimostrarono che esiste anche una colesterinemia di origine esogena cioè in rapporto con l'alimentazione; di qui la necessità nei litiasici di istituire un regime alimentare contenente poca colesterina.

Ora mi permetto chiedere: quali sono gli alimenti che contengono colesterina e quali invece ne sono esenti?

Ringrazio.

Abbonato 1225.

Gli studi del Naunyn (1892) hanno oramai dimostrato chiaramente l'indipendenza del contenuto della bile in colesterina e calce dalla dieta. Ciò è stato confermato dagli autori successivi in base ad esperienze molto dimostrative. Quindi di una dietetica di esclusione nelle colelitiasi non parla più nessun autore. Le regole dietetiche entrano solo nel senso di raccomandare una maggiore frequenza ed una regolarità nei pasti in modo da evitare un ristagno nella cistifellea. Oggi in genere si consiglia una dieta mista con pochi grassi per limitare la produzione eccessiva della bile.

ALESSANDRINI.

(576) — La « Posta degli abbonati » può bene, come vedo dalle risposte n. 520 e 524 del n. 40, offrire conversazioni di praticità fra colleghi.

Così dal fasc. 39, a proposito di osteomalacia, io notavo come il *fattore endocrino* avesse coefficiente nell'ambiente oro-idrografico. Per me sta a rafforzarmi in questa convinzione un ventennio di pratica alpina (tra internato ospitaliero e condotta di *vallata* nel Canton Ticino). Purtroppo l'*osteomalacia ginecologica* è spesso misconosciuta come reumatismo deformante oppure rachitismo: quindi il misoneismo contro la praticità per l'adrenalinoterapia Bossi.

Ora è il quesito mestruale del dottore a Ghinda. Appunto nell'altitudine delle vallate alpine (oltre 700 m. sul mare) la mestruazione anche verginale è normalmente abbondante; la clorosi, che è abituale al piano (200 m. sul mare), decorre mestruata (sebbene scarsamente per quantità e rara per casistica) in valle: donde la controindicazione del Fe metallico. La *radio-attività delle vallate alpine* segnerebbe così l'ambiente oro-idrografico nel *fattore endocrino.*

Con ossequio.

Dott. C. SEMINI, med.-cond.

Russo-Valonsernone (Canton Ticino - Svizz.).

(577) Desidererei che mi fosse indicato un manuale (possibilmente italiano o francese) che potesse servire a dare a non medici nozioni elementari e pratiche di medicina, quali sono indispensabili ad un ufficiale delle armi combattenti che si trovi solo, in distretto remoto delle colonie e debba quindi disimpegnare fino ad un certo punto anche il servizio sanitario. Ringraziando.

Parma. Dott. Luigi Bacialli.

Le suggeriamo:

O. Bicchi, « Il medico senza laurea », Siena, Tipografia Sociale e presso l'A., a Costalpino (Siena).

Galtier-Boissière, « Dictionnaire illustrée de Médecine usuelle », Paris, Librairie Larousse (rue Montparnasse, 17).

« Manuel de la santé », Bruxelles, A. Manceaux (rue d'Italie, 33).

Altri lavori troverà menzionati tra i « Cenni bibliografici » delle ultime annate. R. B.

(578) Pregola indicarmi nella « Posta degli abbonati » il miglior mezzo per far scomparire il rossore della cute postumo a scottature.

Coi più sentiti ringraziamenti.

Vanzone-Ceppomorelli.

Dev.mo: Dott. A. Bianchi.

Non esiste un mezzo specifico. Il rossore sparisce poco a poco spontaneamente.

J. U.

VARIA.

La missione del medico. — Di nuovi doveri si riempie la missione del medico. Egli diventa oggi un educatore.

Già lo sviluppo, in questi ultimi dieci anni, dei metodi della psicoterapia dimostra che v'è un richiamo a qualcuno di quei costumi, che furono in uso nell'arte medica....

Lo studio dei rapporti tra l'individuo e la collettività come è praticato dalla medicina sociale, da una parte; e, dall'altra, la rivelazione degli straordinari poteri che ciascun individuo porta con sè, possono bene innalzare il còmpito del sanitario a quell'altezza morale che ebbe negli esordii leggendarii della nostra civilizzazione.

La salute dell'uomo è sacra; e la materia di cui egli è plasmato, non è sorda.

Non basta, adunque, estendere la coltura delle scienze fisiche e biologiche perchè il medico offra maggiore aiuto a chi soffre. È anche necessario che egli sappia quali siano le aspirazioni che ciascuna anima porta con sè e come si siano affermate nel corso del nostro divenire.

Non è più possibile prescindere da questo dovere, che ci obbliga a considerare l'evoluzione umana assai oltre il limite che la scienza ne assegna, e sentire così la nobiltà di nostra specie. L'uomo, nel divenir civile, non ha soltanto costruito città e vie ferrate, ma ha lasciato ad ogni passo frammenti del suo pensiero e del suo cuore. Egli ha certo legami che lo vincolano all'animalità, ma ha mille altri legami, più tenaci, che lo saldano agli uomini che furono prima di lui e dai quali tenta slacciarsi per collegarsi a quelli che verranno dopo di lui.

La medicina, come fu intesa dal Tommasi ed ancora meglio dal De Meis, importa doveri, che non è possibile trascurare senza abbrutirsi e rendere inefficace qualunque lenimento al dolore umano. Il De Meis aveva già proclamato che i problemi, imposti dal Kant, debbono anche esistere per il medico.

Se v'è ancora per i più qualche incertezza, qualche dubbio nel mettersi risolutamente sulla nuova via, questa ormai appare dinanzi allo sguardo di coloro che sporgono, di tanto in tanto, la testa fuori la stretta prigione d'una speciale ed asfissiante coltura. E così l'interessamento dell'uomo, verso l'uomo che soffre, diventa più umano; e si moltiplicano (specie nella Svizzera, nelle Americhe ed in Germania) *Case di salute,* che acquistano la significazione di quei solitarii conventi medioevali, eretti sulle cime delle montagne, a cui tendevano gli uomini stanchi di battagliare. Non meno stanchi sono gli uomini di oggi, anche se il nostro battagliare civile è meno rumoroso per cozzar d'armi.

Non importa se i più valorosi cultori di psicoterapia, quali il Dubois, il Levy, il Freud, il Prince non osino ancora uscire dalla concezione deterministica dell'organizzazione umana — giacchè, per la stessa loro attività, avviene, di giorno in giorno, che questa concezione si allarghi in guisa che tra gl'interstizii, che lasciano tra loro le idee, non più strettamente aderenti, penetrano fasci di luce; e l'occhio, abituato a lavorar nell'ombra, ne resta abbagliato.

Ed ecco che un medico, il quale è nel medesimo tempo un cultore di psicologia, l'Assagioli, parla già di una *libertà interiore,* e non si trattiene dal dire che *l'anima umana è più vasta e più ricca di quanto sappia la nostra coscienza ordinaria.*

La rovina, anche fisica, che segue alla mancanza d'una concezione etica nella vita degli individui, è tale che il medico, in considerazione del gran bene che può arrecare, non deve restar incerto nel compiere il tentativo di ispirarla. I fatti, niente altro che i fatti, c'impongono di dire che non v'è, per gli uomini, energia fisica che resista se non sostenuta da un'energia morale.

Nelle statistiche dei violenti a se stessi partecipano, oggi, fanciulli, adolescenti, adulti, vecchi in proporzioni pressochè eguali. Non v'è nulla che dia valore alla vita ed al primo urto avverso, al primo dolore non si ha forza per resistere, e se ne fa getto; o, se non se ne fa getto, la si lascia avvilire e piagarsi.

Gl'infermi più gravi sono coloro a cui manca la volontà di non esserlo; sono gl'ignari delle forze che ciascuno di noi possiede per vincere il male; i dubbiosi nei poteri dello spirito, a cui la nostra materia, per essersi tutta lasciata infiltrare di elementi nervosi, non si è mai opposta.

Niuno più del medico può offrire a tanti naufraghi una tavola di salvezza.

Egli, anzi, ne ha l'imprescindibile dovere.

(Da *Psiche,* 1914, n. 3).

ANTONINO ANILE.

Il fascicolo di dicembre 1914 della nostra Sezione Chirurgica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. DESDERI e SERAFINI. *Ricerche batteriologiche sull'osso del cadavere.*
2. Dott. R. MOSTI. *L'intervento chirurgico nella paralisi del nervo radiale consecutiva alle fratture dell'omero.*
3. Dott. R. BRANCATI. *Sugli effetti ulcerativi gastro-intestinali della resezione sperimentale del simpatico lombare.*
4. Dott. A. BEVACQUA. *Sull'ematoma perirenale spontaneo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Collezione di pubblicazioni scientifiche sull'Eritrea. Vol. I. Studi di medicina tropicale, compiuti da ufficiali medici e veterinari del R. Corpo di truppe coloniali dell'Eritrea, 1 vol. in-4 di pag. 230 copiosamente illustrato. Pubblicato a cura del Governo della Colonia Eritrea, Asmara. Presso l'Istituto Italiano d'Arti Grafiche di Bergamo, 1914. Prezzo. L. 8.

È una pubblicazione che onora il Corpo sanitario italiano coloniale. Gareggia con le migliori dell'estero e forse le vince.

È difficile riferire sui lavori che contiene, perchè eterogenei; ma tutti dimostrano una competenza a tutta prova, uno studio diligente.

Gli autori si occupano di tutta la patologia tropicale.

Due studi sulla patologia regionale sono stati compiuti da De Marzo molto ampiamente sul Barca e il Gasc-Setit, da Pianelli su Assab.

Due resoconti clinici concernono le lesioni violente e le malattie mediche; il primo è compilato da Bini e si riferisce all'Ospedale di Asmara; il secondo, in collaborazione tra Fierro, Bini e Bevilacqua, è relativo agli ospedali ed alle infermerie dell'Eritrea.

Magnacca ci presenta due lavori, sulla clinica della malaria nella Colonia Eritrea e sulla filaria medinense; Carpano ci fa apprezzare vari studi naturalistici sui parassiti malarici, nell'*Haemoproteus Danilewski,* sulla tripanosomiasi bovina, e sui serpenti velenosi. Fierro ha raccolto molte osservazioni sulle anomalie dentali nell'Eritrea ed ha redatto una breve nota sul vaiolo in Eritrea; Bini ci fa conoscere la climatologia medica dell'altipiano Eritreo; Marotta si occupa di alcune pratiche e credenze inerenti alla medicina tra gl'indigeni eritrei.

Nessuna spesa è stata risparmiata nella tecnica editoriale; i tipi sono nitidissimi, le illustrazioni perfette. R. B.

Dott. GUIDO D'ORMEA (Capo servizio all'Ufficio internazionale di igiene pubblica in Parigi). *La difesa dell'Europa dalla peste bubbonica.* Roma, Ermanno Loescher e C., W. Regenberg, 1914. Un volume.

L'autore riunisce in questa monografia tutto quanto si riferisce all'epidemiologia e alla profilassi della peste. Il volume è diviso in due parti: I veicoli del contagio e le difese contro il contagio.

Nella prima parte l'A. tratta dei differenti vettori del germe pestoso: il ratto, la pulce, gli altri animali, l'uomo. Specialmente importanti sono i due ultimi capitoli i quali riuniscono molti documenti in gran parte inediti sull'azione degli animali domestici, quali ad esempio i cammelli, nella diffusione del morbo e sul valore della profilassi umana, che è stata forse in questi ultimi tempi un poco trascurata dopo le affermazioni aforistiche della Commissione inglese riguardo alla parte essenziale che hanno i ratti nella disseminazione del contagio.

La seconda parte del lavoro riunisce tutte le cognizioni della scienza e dell'esperienza sull'importanza delle vie marittime nella trasmissione del contagio, sulle misure da applicare alle provenienze per via di mare, sulla distruzione dei ratti sia a bordo che a terra e dei loro parassiti. Tratta infine della profilassi umana diretta.

Un capitolo è consacrato alla profilassi internazionale, la di cui lettura, per la speciale competenza dell'A. in tale materia, è interessante per chiunque si occupa di igiene e sanità pubblica. L'abbondanza delle citazioni bibliografiche il loro esattissimo riferimento fanno di questo lavoro un'opera di consultazione di indiscussa utilità per gli specialisti in materia, e la importanza ne è anche accresciuta dalle numerose figure, tavole e carte geografiche che accompagnano il testo. A.

GRAHAM-SMITH G. S. *Flies in relation to Disease. Non-Bloodsucking Flies.* 2ª ed. 1 vol. di p. XIV-389, con 32 fig., 27 tavole e 20 grafiche, 1914. Cambridge; at the University Press. Sh. 12 d. 6.

Abbiamo già recensita la prima edizione di questo libro, che in soli dodici mesi raggiunge la seconda edizione. Questa differisce dalla precedente solo per un'appendice di 87 pagine, illustrata da tre tavole e 16 grafiche, che mette il lavoro al corrente degli studi ultimi, tien conto di alcuni dati prima omessi e riferisce alcune osservazioni personali dell'A. Speciale attenzione meritano i rapporti tra le mosche, le malattie infettive e le condizioni meteorologiche, sull'ibernazione delle ninfe, sulla trasmissione del colera e della dissenteria operata dalle mosche. R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

RAGAZZI MARIO. — Il medico scolastico (conferenza). — Milano, 1914.

MASSIMI G. — L'elmintolo nella profilassi delle infezioni puerperali. — Napoli, 1914.

FERRI ANDREA. — Contributo all'azione terapeutica dell'argento colloidale elettrico. — Milano, 1914.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I soci dell'Associazione Nazionale dei Medici condotti.

Il « Medico condotto » ha pubblicato un elenco di tutte le Sezioni dell'A. N. M. C. con i rispettivi numeri di soci. Risulta da questo elenco che il numero dei soci in quest'anno è diminuito di circa 1000 in confronto del 1913.

Quando si pensi alle benemerenze dell'Associazione, alle lotte vittoriose sostenute, riesce davvero inesplicabile questa diminuzione, che è dovuta, oltre allo scarso numero di nuove iscrizioni, all'allontanamento di vecchi soci. C'è da sperare che il fatto segni solo un'oscillazione temporanea, e che l'Associazione Nazionale dei medici condotti s'infoltisca al più presto di nuove reclute, in modo che le posizioni faticosamente occupate possano essere solidamente mantenute.

L'elenco pubblicato dal « Medico condotto » mette in rilievo anche un altro fatto sconfortante. Il Mezzogiorno d'Italia è scarsamente rappresentato, alcune provincie meridionali sono del tutto assenti.

Mentre le Sezioni di Bologna e di Verona hanno rispettivamente 156 e 155 soci, Napoli non ne ha che 33. Nella provincia di Caserta non vi è che una sola Sezione a Sora con 35 soci. Le provincie di Avellino, Foggia, Potenza e Salerno non figurano affatto nell'elenco.

Parrebbe che i nostri colleghi del Mezzogiorno vivano addirittura in un Eden, con lauti stipendii e grandi soddisfazioni morali. Le condizioni delle condotte in moltissimi Comuni del Sud d'Italia sono invece quanto di più misero e vergognoso si possa immaginare: stipendii addirittura di fame, 500-600 lire annue, per un lavoro faticosissimo, in località spesso sprovviste di strade, in condizioni di ambiente materiale e morale talvolta veramente disastrose. Altro che quistioni di condotte piene e condotte residenziali! Per chi è abituato a considerare come penoso e non sufficientemente rimunerato il lavoro nelle condotte del Centro e del Nord d'Italia, riesce addirittura inconcepibile come vi possano essere degli uomini, muniti di laurea dottorale, che accettino delle condizioni tanto vergognose. E l'accettino senza una protesta, senza ribellione, senza neppure manifestare il desiderio di un trattamento più umano, senza che essi trovino nelle loro tristi condizioni lo stimolo ad associarsi ai colleghi delle altre parti d'Italia per rivendicare uno stato di minore avvilimento.

L'A. N. M. C. provvederà degnamente ai suoi fini se porterà opera di conforto e di aiuto a quei nostri colleghi persuadendoli con propaganda attiva e persistente ad associarsi all'Istituto, cui principalmente si devono le migliorate condizioni della classe medica nelle condotte di gran parte d'Italia.

DR.

Lotta di... sesso.

Guastalla, 3 dicembre 1914.

Ill.mo Sig. Direttore
del « Policlinico ».

Con molto ritardo cagionato dal lavoro impostomi dal cambiamento di residenza, leggo nel suo accreditato periodico (N. 45 della Sezione pratica) un trafiletto a firma « Dr. » riferentesi alla dottoressa Aldina Francolini di Firenze e al Comune di Saltara (Pesaro).

Evidentemente il « Dr. » non è stato completamente informato sull'oggetto di cui tratta ed io ho il dovere di mettere le cose a posto davanti al pubblico del *Policlinico*, non certo per malvolenza verso la rappresentanza del sesso gentile che si accinge a dividere con noi le spine e le amarezze della vita di condotta, ma per un alto senso di rispetto alla sincerità e alla nettezza delle situazioni, a vantaggio della combattività e della dignità della classe nostra.

La dottoressa Aldina Francolini fu eletta dal Consiglio comunale perchè supplisse durante il mese di congedo il libero lavoratore, titolare di quella condotta boicottata, al quale nessun medico si sarebbe sostituito. Nella mia qualità di presidente della Sezione fanese scrissi una diecina di giorni dopo il suo insediamento — prima non l'aveva mai saputo — alla dottoressa Francolini, chiarendole la propria situazione e invitandola, in omaggio alla Associazione, ad abbandonare Saltara, obbligando così il libero lavoratore a rinunciare al beneficio del congedo.

La dottoressa rispose, promettendo di essere più cauta per l'avvenire, prima di assumere un interinato, ma nello stesso tempo dimostrandosi ricalcitrante per mille sue ragioni ad abbandonare immediatamente Saltara.

Erano intanto trascorsi quasi 18 giorni ed io non ritenni, per elementare sentimento di cortesia verso una donna, di insistere dalla Sezione fanese l'applicazione contro di lei degli articoli 79-80 del Regolamento sociale; ma mi li-

mitai a comunicare il fatto ai soci a mezzo del *Medico Condotto* per invitare quelli che ne avevano opportunità, di istruire le nuove colleghe sui nostri fini e i nostri metodi di lotta, allo scopo di evitare il ripetersi di fatti consimili.

La dottoressa Francolini lasciò con tutto suo comodo Saltara quando ebbe completamente espletato il servizio del mese di supplenza al libero lavoratore in vece del quale era stata assunta.

Così andarono le cose.

Ringraziando dell'ospitalità, con ossequio

Dev.mo
Dott. ROMANO CERAMICOLA
Ex-presidente della Sezione fanese dell'A. N. M. C.

Abbiamo pubblicato per dovere d'imparzialità la lettera del dottor R. Ceramicola; resta però il fatto che la dottoressa Francolini, trovando giuste le osservazioni fattegli dal presidente della Sezione di Fano dell'A. N. M. C., promettendo di essere per l'avvenire più cauta prima di accettare un interinato, ed abbandonando la condotta di Saltara quando gli impegni assunti glielo consentivano, ha dimostrato di essere pienamente solidale con i colleghi dell'altro sesso, e di ciò si deve tenere il dovuto conto.

Per il Corpo Sanitario Militare.

Ci si comunica:

Per migliorare le deplorevoli condizioni del Corpo sanitario militare il Governo dovrebbe mantenere le promesse di miglioramento ripetutamente fatte agli ufficiali medici in servizio attivo; e dovrebbe in via eccezionale, visto le circostanze attuali, aprire la carriera militare a tutti i medici pratici.

Naturalmente bisognerebbe tener conto dell'età e della costituzione fisica, e bisognerebbe col grado compensare la carriera che si abbandona.

Dott. G. T.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei medici. — Si è svolto a Bologna, il 20 e 21 dicembre, il Congresso degli Ordini; vi hanno partecipato 50 rappresentanze delle 69 provincie. Ne daremo il resoconto nel prossimo numero.

Federazione Nazionale dei medici specialisti. — Nei giorni 20 e 21 del corr. dicembre si riunì in Bologna, in coincidenza col Congresso degli Ordini, il Consiglio direttivo della Federazione dei medici specialisti.

Una sua rappresentanza intervenne al Congresso degli Ordini presentando alla Presidenza dell'assemblea un ordine del giorno nel quale, in omaggio ai deliberati del Congresso di Napoli del 1913, si fan voti perchè nella compilazione degli Albi dei singoli Ordini dei medici di tutte le province del Regno vengano adottati come criterî di differenziazione dei medici specialisti quelli ispirati a severo apprezzamento di merito e di esercizio professionale corretto, che sono stati fissati dalla Federazione Nazionale dei medici specialisti.

L'assemblea accogliendo con favore l'ordine del giorno ha deliberato di raccomandarlo vivamente al Consiglio della Federazione degli Ordini dei medici.

Il Consiglio della Federazione dei medici specialisti ha preso, nelle sue adunanze, varie deliberazioni atte ad intensificare la propria azione ed alcuni provvedimenti d'indole interna, fra i quali quello di inscrivere i proprî soci esercenti la specialità bucco-dentaria quali *medici stomatologi* anzichè medici-dentisti in omaggio ai principî banditi con successo in tutto il mondo dalla Associazione stomatologica internazionale.

Federazione Nazionale dei sanitari addetti alla V. I. — Il Consiglio direttivo ha tenuto il 12 dicembre la terza ed ultima adunanza dell'annata. Sono stati discussi ed approvati i voti dei medici che hanno frequentato il corso d'igiene scolastica all'Università di Roma e si è deliberato di presentarli al direttore generale della Sanità pubblica, comm. Lutrario. È stata presa in esame la situazione finanziaria.

Ordine dei medici della provincia di Roma. — La Presidenza ha diramato la seguente circolare urgente:

Egregio collega,

La Direzione di Sanità militare, per ordine del Ministero della guerra, si è rivolta al nostro Ufficio per conoscere se e quali fra gli iscritti nell'Albo, non essendo vincolati a prestare servizio nell'Esercito, nella R. Marina, nella Croce Rossa Italiana o nel Sovrano Ordine di Malta, sarebbero disposti a dare la loro opera quali medici civili assimilati al grado militare (1), ovvero quali ufficiali medici.

In tutti i casi saremo grati alla S. V. Ill.ma, a nome del Consiglio dell'Ordine, se vorrà, con cortese sollecitudine, presentarsi alla Direzione di Sanità militare, via della Pilotta, 24, nelle

(1) La funzione di medico civile assimilato al grado militare non fa obbligo di indossare la divisa.

ore d'ufficio (dalle 9 alle 11 e dalle 16 e mezza alle 18) per gli opportuni chiarimenti e per dare, eventualmente, la sua adesione.

Noi abbiamo piena fiducia che il Corpo sanitaria della città e provincia di Roma, emulando i colleghi delle altre Nazioni, impegnate nella presente guerra europea, vorrà mostrarsi, come del resto non ha mai mancato di fare quando l'occasione si è presentata, pari alla gravità del momento storico attuale e, conscio dei doveri che incombono a tutte le classi di cittadini, vorrà prestare alla Patria tutto l'aiuto di cui essa abbisogna.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4901) *Pensioni.* — Il Dott. S. R. da M. desidera conoscere come si considerano le frazioni di età in rapporto alla pensione, quanti giorni prima deve presentare la domanda di liquidazione preventiva, e se può, da pensionato, riprendere servizio.

L'anno di nascita si compie il 10 giugno 1915. Volendo liquidare dopo il 10 gennaio prossimo, mancherebbero cinque mesi, che sono bonificati contandosi per un anno i sette mesi compiuti. Ella, quindi, a detta epoca potrà liquidare in base ad anni 58 di età e ad anni 25 di servizio, la somma annua di lire 1028. Per la liquidazione della pensione occorre circa un mese. La domanda può essere avanzata subito dopo che si lascia il servizio. Non si fanno liquidazioni preventive da parte della Cassa di previdenza. Qualora essendo pensionato volesse riprendere servizio, deve notificare la nuova nomina alla Cassa perchè questa possa riscriverla fra i contribuenti e liquidarle a suo tempo altra pensione.

(4902) *Sostituzione di un collega infermo.* — Il Dott. L. N. da P. chiede conoscere se abbia diritto a compenso per la sostituzione fatta ad un collega infermo, senza che ne abbia ricevuto invito dalla Amministrazione ospedaliera e se la Amministrazione stessa abbia fatto bene a corrispondere l'intero stipendio del defunto collega fino al giorno della morte, alla vedova di lui.

Senza essere stato regolarmente nominato come interino e senza aver avuto alcun invito di assumere il servizio, non si avrebbe ragionevolmente diritto a pretendere compenso, potendosi la fatta prestazione interpetrare come atto di riguardosa deferenza usata verso il collega ammalato. L'Amministrazione si è, d'altro canto, giovato della opera da Lei prestata perchè non ha pagato l'interino, che avrebbe avuto l'obbligo di nominare. E poichè non è lecito trar profitto dall'opera altrui si potrebbero intentare pratiche conciliative per stabilire un *modus vivendi* per il tempo passato. Potrebbe anche, se crede, iniziare giudizio civile dinanzi al pretore fondando la domanda appunto sul principio dello indebito arricchimento per cui si deve indennizzare chi presta un'opera in base al consenso presunto e non contradetto di colui che avrebbe dovuto adempiervi. Lo stipendio del defunto spettava alla vedova fino al giorno del decesso, dovendosi considerare come congedo straordinario tutto il periodo di infermità. In vista della revoca deliberata dal Consiglio comunale a Lei non resta che protestare in linea legale dichiarando di essere disposto a lasciare il servizio se non sarà promosso l'intervento della autorità in merito di una nuova deliberazione di aumento, che il Comune dovrà affrettarsi ad adottare.

(4904) *Indennità di cavalcatura - Tassa sulle vetture - Tassa esercizii.* — Il Dott. A. P. da M. C. desidera conoscere se può avanzare nuova istanza al Consiglio Comunale perchè gli venisse corrisposta la indennità di cavalcatura in lire 300 senza che al suo accoglimento faccia ostacolo il fatto di aver già tacitamente accettato quella di lire 150; e se avendo la G. P. A. chiesto che l'indennità di cavalcatura debba risultare dal capitolato costituisca ciò un implicito annullamento della deliberazione stessa. Desidera, inoltre, conoscere se la carrozza che egli possiede per ragione di servizio possa essere colpita dalla tassa sulle vetture e se, essendo medico per la generalità degli abitanti, debba sottostare al pagamento della tassa esercizii.

Col non aver Ella protestato contro la deliberazione che concedeva lire 150 per indennità cavalcatura, e coll'aver riscossa tal somma, ha implicitamente accettato il deliberato medesimo. La nuova domanda non è, però, ultronea nè l'esito che la medesima potrà avere, varrà ad influire sulla precedente concessione del Consiglio Comunale. D'altra parte, coll'aver accettato tacitamente il compenso di lire 150 non può intendersi precluso l'adito a domanda per più vantaggioso trattamento. Se la G. P. A. ha deliberato che l'atto consiliare con cui Le si concedeva l'indennità di cavalcatura sia incluso nel capitolato, non ha con ciò creduto annullarlo. Detta autorità ha, invece, creduto coordinare questa con le altre disposizioni relative ai diritti ed ai doveri del sanitario condotto, che trovano ragionevole posto nel capitolato. La vettura di cui Ella è fornita è colpita dalla tassa sulle vetture, e ciò perchè nel regolamento relativo non si trova alcuna esenzione per i mezzi di trasporto adibiti al servizio medico. Come medico per la generalità degli abitanti non può essere colpito dalla tassa esercizii.

(4905) *Infortunii sul lavoro.* — Al Dott. T. D. G. da S. M. M. rispondiamo che i certificati in parola devono essere pagati, nel caso esposto, da colui che li ha chiesti, e quindi dallo agente della compagnia di assicurazione. Il sanitario che ha corrisposto ad una richiesta ricevuta non deve indagare se i suoi certificati abbiano avuto corso oppure no.

(4906) *Licenziamento di medico stabile.* — Il Dott. abbonato N. 3470 desidera conoscere se possa essere licenziato il medico stabile senza alcun motivo ma per ragioni di partito ed a quali vie legali bisogna ricorrere se l'Amministrazione comunale arbitrariamente deliberasse tale licenziamento.

Il medico che ha compiuti i due anni di prova e che è, quindi, divenuto stabile non può essere licenziato che per giustificati motivi da essergli contestati in iscritto. Contro il licenziamento arbitrariamente pronunziato può l'interessato ricorrere alla G. P. A. che deciderà in seguito a parere del Consiglio provinciale sanitario.

(4908) *Ufficiale sanitario - Servizio delle frazioni.* — Al Dott. abbonato N. 3763, rispondiamo che se fu nominato ufficiale sanitario del Comune deve prestare servizio anche presso la frazione, che ne fa parte inscindibile.

(4909) *Concorsi medici chirurgici - Limiti di età.* — Il Dott. abbonato N. 1773 chiede conoscere se a termini del capitolato che esclude dal limite di età di anni 45 chi ha prestato o presta servizio presso lo Stato od altre pubbliche Amministrazioni, possa godere della esenzione un medico condotto, interino ad un ufficiale sanitario che può considerarsi alla dipendenza dello Stato.

Il medico condotto interino può aspirare alla esenzione del limite di età perchè il capitolato non specifica se il servizio debba essere stato fatto presso altre Amministrazioni in qualità di titolare o di interino. All'uopo basta il servizio di medico condotto prestato in qualsiasi qualità. L'ufficiale sanitario non può godere la esenzione suddetta perchè non è impiegato alla dipendenza dello Stato, godendo egli stipendio che fa carico al Comune e non allo Stato.

(4910) *Congedo.* — Al Dott. S. C. da B. rispondiamo che la risposta del Comune è illegale in quanto che per ragioni economiche non è possibile negare l'uso di un diritto del sanitario, o di accorciarne la durata. In seguito al rifiuto opposto dal Comune alla concessione del congedo, Ella può ricorrere alla G. P. A. invocando anche l'aumento di ufficio del fondo stanziato in bilancio per la supplenza, perchè trattasi di spesa obbligatoria. Se il Comune manterrà invariato anche nei futuri bilanci il fondo di lire 250, impedirà continuamente a Lei di usufruire del congedo annuale. È necessario, quindi, promuovere subito adeguata decisione tutoria su tale argomento.

(4911) *Servizio medico.* — Al Dott. G. C. da D. rispondiamo che per frenare l'espansione professionale del collega sarebbe bene interessare della cosa il Consiglio dell'Ordine dei sanitarii, che esaminerà il caso e provvederà certamente, se di ragione.

(4912) *Trasformazione della condotta.* — Il Dott. T. N. da F. V. chiede conoscere se il Comune ha il diritto di trasformare la condotta da piena in residenziale, malgrado il rifiuto dei quattro attuali titolari.

Il Comune ha sempre facoltà di ridurre la condotta da piena in residenziale, senza che i titolari, non ostante sieno stabili, possano legalmente opporsi.

(4913) *Trasformazione di condotta.* — Il Dott. G. P. da C. S. desidera conoscere se possa l'Amministrazione comunale trasformare in condotta piena l'attuale condotta residenziale, non ostante vi sia un unico medico esercente, che è il condottato.

Il Comune può disporre l'allargamento della condotta. L'attuale condottato sarà il titolare della condotta estesa. Sulle deliberazioni relative alla estensione, dovrà pronunziarsi l'autorità tutoria, che vaglierà certamente se in vista delle peculiari condizioni locali, il provvedimento sia necessario. Il condottato attuale non avrebbe diritto a ricorrere perchè in materia di bene pubblico non possono farsi valere ragioni derivanti da privato interesse.

(4914) *Servizio di vigilanza sulle carni da macello.* — Il Dott. A. B. da B. chiede conoscere se esistendo nel consorzio un veterinario sia egli come ufficiale sanitario obbligato a sostituirlo nelle visite alle carni macellate, nelle frequenti di lui assenze per ragioni di servizio, di licenza, ecc.

Dal momento che nel consorzio è istituito un regolare servizio di vigilanza zoojatrica, l'ufficiale sanitario non deve occuparsi della vigilanza sulle carni macellate. Spetta al titolare veterinario regolare in modo le sue operazioni professionali da ottenere che il servizio non manchi.

(4915) *Levatrice - Abusi.* — Il Dott. prof. L. F. da L. espone che un medico consiglia ad un infermo una cura ipodermica, e la levatrice, chiamata a fare le iniezioni, suggerisce di cambiare la medicina e lei stessa procura la medicina da sostituire e che in un altro caso analogo la levatrice sostituisce con astuzia la medicina ordinata dal medico ad insaputa del malato stesso. Chiede conoscere se detta levatrice sia nell'un caso e nell'altro, colpevole di semplice indiscrezione professionale o di arbitrio illegale.

La levatrice in parola, sempre che i fatti suindicati sieno provati, è in contravvenzione alla legge sanitaria giacchè essa avrebbe agito da medico senza possedere il relativo diploma. Può denunziarla a qualsiasi agente di polizia giudiziaria.

(4916) *Amministratore comunale somministratore di farmaci al locale ospedale - Assessore cognato del Presidente della Opera Pia.* — Il Dott. abbonato N. 4478 desidera sapere se un farmacista il quale è assessore comunale può somministrare ai poveri del Comune i farmaci che sono poi pagati dall'ospedale, facendo osservare che il detto farmacista è cognato del Presidente dell'Opera Pia.

Nel caso esposto nessuna incompatibilità esiste. Il fornitore di medicinali dell'Ospedale può bene essere consigliere ed assessore municipale. L'affinità che esiste fra il fornitore ed il Presidente dell'Opera Pia, obbligherà quest'ultimo ad astenersi ogni qual volta si tratterà di ordinare il pagamento de' medicinali forniti.

(4917) *Vidimazioni di firme.* — Al Dott. A. S. da S. G. I. rispondiamo che il sindaco ha obbligo di legalizzare la firma del sanitario pei soli certificati che sono rilasciati in loco e nello interesse dei propri amministrati. Per gli altri non ha competenza, non ostante che il sanitario sia il medesimo.

(4901-bis). *Pensioni.* — Al Dott. S. R. da M. aggiungiamo che avendo computato nel precedente numero di risposta anche l'anno in corso, la pensione non varia da quella da noi precedentemente indicata.

(4919) *Servizio ferroviario* — Il Dott. R. B. da T. T. desidera conoscere se avendo accettato col consenso della Amministrazione comunale il servizio ferroviario, in conformità di quanto dispone il capitolato, possa quella dopo diversi anni dallo assenso dato, revocarlo obbligandolo a rinunziare al posto ottenuto.

L'assenso della Amministrazione municipale era necessario, come tassativamente prescrive l'art. 19 del capitolato, per intraprendere il servizio ferroviario ma non occorre per continuarlo quando si è, come nel caso, già assunto da diversi anni. Il Comune non poteva, quindi, revocare l'assenso senza ledere un suo diritto acquisito. In un sol caso la revoca potrà ritenersi giustificata e cioè, quando fosse stato provato che per effetto del servizio ferroviario ne discapitava il servizio comunale. Ciò il Comune dovrebbe provare a sostegno della sua deliberazione. D'altronde, con il deliberato recentemente adottato si viene a modificare il capitolato e segnatamente il precitato art. 19 in quanto che si toglie l'assenso dato e si stabilisce il divieto assoluto pel medico condotto di assumere il servizio ferroviario. La deliberazione, però, non può essere ritenuta eseguibile per decorrenza di termini giacchè diventano esecutive anche senza il visto del Prefetto le sole deliberazioni comunali che non hanno bisogno di speciale approvazione mentre quella in esame deve essere approvata dalla G. P. A. sentito il parere del Consiglio provinciale di sanità. Ond'è che fino a quando la deliberazione in parola non riporterà le prescritte approvazioni, Ella non potrà essere obbligata a lasciare il servizio. Quando essa sarà approvata e notificata potrà contro di essa Ella reclamare al Governo del Re dimostrando la assurdità di togliere un permesso già concesso da tempo, dall'uso del quale nessun danno era derivato al pubblico servizio. Dimostrerà pure come non sia lecito con intempestivi deliberati togliere diritti acquisiti e solennemente sanciti da precedenti capitolati e ciò in corso di esercizio e di fronte a medico stabile.

(4919) *Servizio ostetrico.* — Il Dott. abbonato n. 2527 desidera conoscere per quale disposizione di legge il medico condotto non può esercitare le funzion di levatrice, e se egli possa pur rifiutarsi ad assumerle in mancanza temporanea della levatrice quando nel paese non esiste supplente nè donne provette.

Il medico non deve fare la levatrice per ragione d'indole generale, e, cioè, perchè all'assistenza dei parti normali deve presiedere un'altra serie di diplomati, che non sia il medico od il medico condotto. Si disse che il medico non può nè deve eseguire tale servizio per rispondere a domande di taluni professionisti i quali si dolevano che in alcuni Comuni, ove prestano l'opera loro, si voleva addossare ad essi anche il servizio normale ostetrico risparmiando la spesa per la levatrice. Ciò che si disse in tesi generale non esclude che il medico in casi puramente eccezionali, quando momentaneamente manchi sul posto la levatrice e non vi sia chi la supplisca, possa ed anzi debba alle volte prestarsi a tale servizio nell'interesse della incolumità della donna in travaglio di parto.

(4920) *Periodo di prova - Stabilità.* — Il Dott. abbonato N. 4728 chiede conoscere se un medico che ha prestato servizio per circa tre anni in un Comune, venendo nominato in seguito a concorso medico in altra località, possa congiungere nel nuovo posto il servizio precedentemente prestato, agli effetti della stabilità.

Il servizio utile per lo acquisto della stabilità deve essere prestato nello stesso Comune o consorzio di Comuni. Assumendo servizio in altra località deve cominciare da capo il periodo di prova.

(4921) *Ambulatorio medico-chirurgico - Assegno.* — Il Dott. abbonato 4860 e non 1214

chiede conoscere se un Comune potrebbe aumentare indirettamente lo stipendio del medico condotto concedendogli un annuale concorso di lire 1000 pel mantenimento di un ambulatorio.

Il Comune, se non eccede il limite legale della sovrimposta può concedere il concorso di cui sopra. Anche in caso di eccedenza il detto concorso potrebbe essere concesso con l'approvazione della G. P. A. ed a seguito di deliberato ripetuto due volte ad intervallo di giorni 20 con l'intervento e voto favorevole della maggioranza dei consiglieri in carica. La deliberazione deve in tal caso essere pubblicata all'albo pretorio per otto giorni consecutivi. Trattasi in concreto di una spesa facoltativa che può essere consentita dalla autorità tutoria anche in caso di eccedenza perchè riflette materia attinente alla sanità ed igiene nell'ambito della circoscrizione amministrativa.

(4923) *Sessenni.* — Il Dott. F. F. da B. E. desidera conoscere se il beneficio del sessennio comincia a decorrere dal principio o dalla fine del sesto anno.

Il beneficio del sessennio comincia a decorrere dal primo giorno del settimo anno.

(4925) *Farmacie - Vendita di specialità medicinali.* — Il Dott. F. N. da M. chiede conoscere se per l'articolo 18 della recente legge sulle farmacie i droghieri possono seguitare a vendere specialità medicinali all'ingrosso e se spetti allo ufficiale sanitario di procedere a contravvenzione.

I droghieri non possono vendere specialità medicinali nè al minuto, nè all'ingrosso. I farmacisti sono obbligati a fornirsi di dette specalità direttamente alle Case che le confezionano. A chi potrebbero, quindi, venderle i droghieri all'ingrosso? Non a privati, perchè la loro vendita, sia anche in quantità maggiore del consueto equivale sempre a vendita di medicinale a dose e forma di medicamento, relativamente a ciascun capo che costituisce la partita allo ingrosso, non ad altri farmacisti perchè costoro debbono provvedersene dai produttori. L'ufficiale sanitario che per l'articolo 52 della legge sanitaria esercita vigilanza sui droghieri può rilevare la contravvenzione per la vendita abusiva in parola.

(4927) *Concorsi - Condotte consorziali.* — Il Dott. A. C. da F. desidera conoscere se sia valido il concorso per la nomina a medico condotto consorziale bandito dalle Giunte comunali di due Comuni consorziati, anzichè dalle rispettive rappresentanze che non funzionano.

Il concorso per la nomina del medico condotto consorziale bandito dalle Giunte municipali è illegale in base all'articolo 30 della legge sanitaria che tassativamente impone al Consorzio l'emissione del bando relativo. Ricorra al prefetto.

(4929) *Elenco dei poveri.* — Il Dott. P. L. da G. desidera conoscere in qual modo deve regolarsi di fronte al Comune che non rivede l'elenco dei poveri da diversi anni. Desidera pure sapere se sia illegale la nomina del medico condotto fatta dalla Giunta comunale in seguito a concorso in cui non sia stato preferito l'interino con due anni e mezzo di servizio ed a quante autorità possa ricorrere contro il rifiuto opposto dal Sindaco al rilascio di un certificato di lodevole servizio.

Una recente giurisprudenza giudiziaria ammette nel medico condotto il diritto al risarcimento di danni eventuali derivatigli dal non avere il Comune riveduto l'elenco dei poveri annualmente. Potrebbe, quindi anche Lei ricorrere per tal fatto all'autorità giudiziaria. La Giunta non può procedere alla nomina del medico condotto, nè ha ragione di preferenza l'interino, perchè occorre tenere all'uopo presente la graduatoria fatta dalla Commissione giudicatrice. Pel rilascio del certificato ricorra alla G. P. A.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALLUVIONI CAMBIÒ (*Alessandria*). — Riapresi concorso medico per condotta poveri 150, con L. 2000 e 200 uff. san. in corso approvazione. Scadenza 10 gennaio.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Condotta di Val di Bidente (IV); kmq. 98; abitanti 1622; L. 3000 pei poveri, con due sessenni, L. 700 per abbienti e L. 600 lorde cav.; L. 500 per disagiata residenza; nette di R. M. Scad. 15 genn. Servizio entro 15 giorni. Docum. all'Ufficio comunale che risiede a S. Piero in Bagno.

BOVES (*Cuneo*). Condotto; L. 1700. Scadenza 15 gennaio.

CANTIANO (*Pesaro*). — Il sindaco ci comunica: il concorso aperto da questo Comune il 7 novembre ultimo, ad una delle due condotte medicochirurgiche residenziali (dichiarata prevalentemente chirurgica), figura, per errore, in alcuni periodici, fra i quali « Il Medico condotto », fra quelli diffidati. In conseguenza di tale errore, il concorso stesso, che andava a scadere il 15 corr., viene prorogato a tutto il 10 gennaio.

CAPRESE-MICHELANGELO (*Arezzo*). — A tutto il 20 genn. condotta; L. 3900 p. poveri, L. 600 p. abbienti, L. 100 p. l'a. f., L. 100 come U. S.; un triennio ed un sessennio del decimo; al lordo di R. M.; alloggio; obbl. cav. Ab. 3000. Età massima 60 anni. Servizio entro 15 giorni.

CASALETTO SPARTANO (*Salerno*). — Condotto gener.; L. 2000 oltre L. 250 se U. S. Scad. 30 genn.

CASTELLEONE DI SUASA (*Ancona*). — Il concorso alla condotta semiresidenziale (L. 4450, tre sessenni, ecc.) è prorogato al 10 gennaio.

* CASTIGLION FIORENTINO (*Arezzo*). — A tutto il 10 genn. due condotte; L. 2500 p. poveri, L. 1200 p. abb.; dodici trienni del ventesimo; netto di R. M.; L. 800 per cav. Serv. entro 20 g.

* CHIANCIANO (*Siena*). — 1ª condotta; cura piena; ab. 2988 di cui 1696 in campagna; due zone; L. 3225 lorde e due sessenni; L. 100 per supplenza. Scad. 15 genn. Servizio entro 20 g.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Aiuto chirurgo; nomina biennale; L. 2400 lorde. Servizio entro 30 giorni. Scad. 15 genn. Il posto ha carattere di perfezionamento, non di condotta.

* CRESPINO (*Rovigo*). — Condotta a tutta cura I e II reparto; L. 5500 con due sessenni. Il medico del 2. riparto sarà anche U. S. con l'indennità di L. 300. Obbligo mezzo trasporto. Due anni di assistentato in ospedale. Scad. 5 genn.

CROSARA (*Vicenza*). — Medico; L. 3000 lorde più L. 160 quale U. S. e L. 500 cavalc., due sessenni, soli poveri. Alloggio. Ab. 3104. Età 45 anni salvo eccez. regol. Assunzione entro 15 giorni. Scadenza 20 gennaio.

* CUGLIERI (*Cagliari*). — Condotta soli pov.; L. 3250. Ab. 5005. Diploma corso d'igiene e un anno in ospedale o clinica quale aiuto od assistente. Scadenza 10 gennaio.

FAENZA (*Ravenna*). — Chirurgo primario. Titoli ed eventualmente esami. Abitanti 42,351. L. 5000 lorde e tre quinquenni del decimo. Vi sono un chirurgo supplente ed un assistente ordinario. Serv. entro un mese. Scad. 7 genn.

FALERIA (*Roma*). — Condotta; L. 3600 nette oltre L. 120 U. S. Scadenza 20 gennaio.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Condotto pei poveri; L. 1800 lorde. Scadenza 24 genn. La locale Società Operaia darà altre lire 2200 annue per la cura dei soci. Rivolgersi al sindaco ed al presidente della Società.

MILANO. *Consiglio degli Istituti ospitalieri.* — Medico vice-ispettore; L. 3200 nette di R. M.; quattro quadrienni di L. 500. Titoli ed esami. Servizio notturno. Anno di prova. Docum. al Protocollo del Consiglio non oltre le ore 16 del 10 febbraio. Età massima 35 anni.

* MONTÀ (*Cuneo*). — Condotto; L. 1300 lorde. Scadenza 10 gennaio.

* MONTICELLO (*Como*). — Condotto; L. 3600 lorde. Rivolg. Segreteria comun. Scad. 6 genn.

PALMIRA (*Potenza*). — Condotta pei soli poveri; L. 1200 lorde. Età non superiore ai 40 anni. Scadenza 15 gennaio.

* PESCAGLIA (*Lucca*). — Due condotte (1ª e 3ª) residenziali; L. 3400 lorde con 3 quinquenni del decimo; indennità di L. 200 per trasporto. Il medico della 1ª condotta avrà L. 250 annue, quando sarà autorizzato all'ufficio di U. S. Ab. della 1ª condotta 2632 (ammessi alla cura gratuita 160 circa), della 2ª, 2383 (ammessi alla cura gratuita 110 circa). Non obbligo cav. Scadenza 10 gennaio.

* PIANDIMELETO (*Pesaro*). — Sede dell'Amministrazione consorziale per il servizio sanitario fra 3 Comuni; 1° riparto; L. 4500 lorde (L. 3000 p. poveri e L. 1500 p. abbienti) con 3 sessenni di L. 300 e indennità di L. 200 se U. S.; mese congedo con compenso di L. 187.50 e 10 giorni di congedo straordinario. Età massima anni 40. Assunzione in carica nei 15 giorni dalla nomina. Scadenza 15 gennaio.

ROCCA DI CAVE (*Roma*). — Condotto; L. 3000 più L. 100 per a. f. Scadenza 31 gennaio.

ROCCAGORGA (*Roma*). — Condotta; L. 2700 pei poveri, L. 1200 per abbienti, lorde; due sessenni; cavalc. a carico del Comune o dei richiedenti; L. 100 quale U. S. Servizio entro 20 giorni. Scadenza 10 gennaio.

ROMA. *Ferrovie dello Stato* (Direzione generale). — Concorso per titoli a 40 posti di medico di riparto per:

Caltignaga con residenza a Caltignaga; retribuzione annua L. 100 — Cengio, ivi — Loano, ivi — Moncalvo, ivi — Moneglia, ivi — Nizza Monferrato II, Nizza Monferrato — Palestro, ivi; L. 80 — Pegli II, Pegli — Ponti, ivi — Rivarolo Ligure I, Rivarolo Ligure; L. 1300 — Rivarolo Ligure II, Rivarolo Ligure; L. 1440 — Villafalletto, Villafalletto o a Costigliole Saluzzo — Zinasco II, Zinasco; L. 180 - con domanda all'Ufficio sanitario di Torino = Calalzo Pieve di Cadore, ivi — Forgaria, ivi — Gemona I, Gemona — Ispra, ivi — Longarone Zoldo, Longarone — Mestrino, ivi — Osoppo, ivi — Ospitale, ivi — Perarolo, ivi — Pizzighettone, ivi; L. 140 — Ponte nelle Alpi, ivi - con domanda all'Ufficio sanitario di Milano = Cittanova di Modena, ivi — Castagnaro, ivi; L. 100 — Pescia, ivi — Pistoia III, Pistoia; L. 500 — Rapolano, ivi - con domanda all'Ufficio sanitario di Firenze = Alviano, ivi; L. 380 — Corneto I, Corneto; L. 440 — Fossato di Vico, ivi — Goriano Sicoli, ivi; L. 140 — Lunghezza, tenuta La Rustica; L. 520 — Prezza, ivi; L. 180 — Santa Marinella, ivi; L. 1560 - con domanda all'Ufficio sanitario di Roma = Lecce III, Lecce; L. 360 — Venosa II, Venosa; L. 520 - con domanda all'Ufficio sanitario di Napoli = Castelvetrano II, Castelvetrano, L. 200 — Termini Imerese III, Termini Imerese; L. 480 - con domanda all'Ufficio sanitario di Palermo.

I vincitori del concorso avranno diritto ai biglietti permanenti e per un solo viaggio, nonchè al pagamento dei certificati per infortunio, ai sensi del regolamento (art. 55 e 55). La domanda in carta da L. 1.22 dovrà pervenire agli Uffici sanitari indicati, non più tardi delle ore 17 del giorno 15 gennaio.

ROMA. *Ministero della guerra* (*Direzione generale personale ufficiali*). — Concorso per 60 tenenti medici in servizio attivo permanente fra i sottotenenti medici di complemento del Corpo sanitario militare. Le norme per il concorso sono indicate dalla circolare n. 386 del 1910 tuttora in vigore, ad eccezione del n. 3 che s'intende abrogato. Gli aspiranti dovranno non aver oltrepassata l'età di anni 32 al 1° febbraio 1915, essere celibi o vedovi; oppure, se ammogliati, aver compiuto il 25° anno di età. Domande alle autorità competenti e da queste spedite al Ministero non più tardi del 15 gennaio. Scadenza 5 gennaio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma.* — Concorso per 30 assistenti medico-chirurghi. Quietanza del tesoriere dell'Istituto, da cui risulti l'eseguito versamento,

per tassa di esame, della somma di L. 20 non ripetibile. Stipendio L. 1323.18 lorde. Con apposto avviso i concorrenti saranno avvertiti del giorno, del luogo e dell'ora degli esperimenti. Sul primo stipendio verrà loro ritenuta la somma di L. 30 per spese di concorso. Scad. 15 genn.

S. MARIA MONTE (*Firenze*). — 2ª condotta piena; L. 3500 lorde, oltre l'assegno per cavalc. di L. 700. Due sessenni obbligatori e due facoltativi. Scadenza 24 gennaio.

SAN PIETRO AL TANAGNO (*Salerno*). — Condotto generalità; L. 3000. Scadenza 7 gennaio.

TERNI (*Perugia*). — Il Comune cerca tre interini assistenti per l'ospedale ai quali è affidata la supplenza delle condotte medico-chirurgiche della città e suburbio. Imminente concorso al quale avranno preferenza gli interini. Stipendio L. 167 mensili più L. 5 al giorno per supplenza condotte. Rivolgersi Ufficio sanitario del Comune. Scadenza 14 gennaio.

TRONZANO VERCELLESE (*Novara*). — (Popolazione abitanti 4237). Condotta detta Superiore; L. 2400 soli poveri (800) e L. 400 per rimborso spesa trasporto senza obbligo del cavallo. Sessenni e L. 300 annue per supplenza. Per ogni povero in più L. 2. All'ufficiale sanitario designato L. 200. Scad. 10 gennaio.

VILLARIOS MASAINAS (*Cagliari*). — Condotta; proroga al 10 gennaio.

ZORLESCO (*Milano*). — Condotta piena; abitanti 2049; L. 3500 e tre sessenni; U. S. L. 100; indennità trasporti L. 300. Scad. 13 gennaio.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Fossombrone [per Calmazzo] e Mondavio [capoluogo] (Pesaro), Canneto Pavese (Pavia), Monteprandone (Ascoli Piceno), Neire e Montà d'Alba (Cuneo), Castiglione Fiorentino (Arezzo), Colosso e Cassine (Alessandria), Cuglieri (Cagliari), Nardodipau (Catanzaro), Orsogna (Chieti).

Mantenimento di diffide: Celle Enemondo e Villafranca (Alessandria).

Revoca di diffide: Caravaggio (Bergamo), Gottolenga (Brescia), Mezzanino (Pavia), S. Maria Tiberina (Arezzo), Vaglierano e Palmara (Alessandria), Valle S. Nicolao (Novara), Staletti (Catanzaro).

Ci si comunica:

« La prego di voler togliere la diffida al concorso di Lari (Pisa) perchè quel Comune ha accettato tutti i desiderata della nostra Sezione. Ringraziando con ossequio.

Dev.mo
Dott. Guglielmo Presenti
Presidente Sez. Pontedera A. N. M. C. ».

« Sarei obbligato a questa spettabile Redazione se volesse pubblicare che il concorso di Albairate (Milano) è diffidato:

1° perchè la condotta è piena;
2° perchè lo stipendio è insufficiente essendovi la necessità del cavallo.

Con ossequio.

S. Ferretti
Presidente della S. P. M. M. C. ».

« La Sezione fanese diffida le condotte di Mondolfo, Calmazzo (Fossombrone) e Mondavio (capoluogo) perchè a cura piena.

La Sezione stessa revoca la diffida del concorso di Cantiano per aver accettato quel Comune il sistema residenziale ».

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

MILANO. — Il *Consiglio degli Istituti ospitalieri* ha aperto il concorso al « Premio Dell'Acqua » di L. 414.81, da conferirsi all'autore della migliore memoria o tema libero di medicina o di chirurgia o medico-chirurgico, scritti in buona lingua italiana.

Gli aspiranti al premio devono essere medici supplenti od assistenti presso l'Ospedale Maggiore di Milano e non avere oltrepassata l'età di anni 35.

Le memorie dovranno, secondo le consuete forme accademiche, essere contraddistinte da un'epigrafe ripetuta sopra una scheda suggellata contenente il nome dell'autore e dovranno essere presentate all'Ufficio di protocollo del Consiglio non più tardi delle ore 16 del giorno 30 dicembre 1915.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Per titoli e per esami ha testè conseguito la libera docenza in anatomia patologica dimostrativa presso la R. Università di Roma, il signor capitano medico dott. Pietro Bosco.

Il suo lavoro « Sulle alterazioni del fegato, secondarie alla trombosi della vena porta, provocata sperimentalmente » ha ottenuto, per la chiarezza dell'esposizione, per l'importanza del metodo e per la serietà dei risultati, l'unanime consenso della Commissione esaminatrice, formata dai professori Marchiafava, Todaro, Bignami, Dionisi e Parodi.

Nella lezione di prova svolta sull' « arterio-sclerosi », con impareggiabile abilità, il Bosco ha dimostrato oltre le doti di felice oratore, conoscenza esatta e profonda dell'importante argomento.

Al brillantissimo ufficiale, nostro stimato collaboratore, auguri e congratulazioni sentite.

NAPOLI. — Sono nominati i dottori: Scoli Giuseppe assistente in fisiologia, Khârino Rachele e Pentagna Oreste assistenti volontari alla clinica pediatrica, Pasanini Ettore aiuto, Lauletta Antonio e Giordano Giuseppe assistenti in medicina operatoria, Sgobbo Gerardo assistente volontario alla clinica oto-rino-laringoiatrica.

PISA. — Il prof. Grazzi Vittorio, straordinario di oto-rino-laringoiatria, è promosso al grado di ordinario.

Il dott. Lami Carlo Zanetto è nominato assistente volontario in patologia medica.

ROMA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Ficacci Luigi in patologia medica, Cormio Raffaele in traumatologia e ortopedia, Elia Luigi in clinica ostetrica e ginecologica.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il giorno 12 dicembre si è riunito in Sessione plenaria.

Intervennero quasi tutti il consiglieri; presiedeva l'illustre senatore prof. Todaro.

All'inizio della Sessione il direttore generale della Sanità, comm. Lutrario, ha fatto la consueta relazione circa l'andamento delle malattie infettive nel Regno ed all'estero, ed ha riferito sui provvdimenti di difesa sanitaria adottati nel Regno.

Il Consiglio ha plaudito alla Relazione, ed ha votato unanime il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio Superiore di Sanità, udita la Relazione del direttore generale della Sanità;

constatando come l'Italia abbia potuto, mercè la sapiente ed alacre difesa sanitaria, preservarsi immune dalle epidemie che dilagano nell'Europa continentale e nel bacino del Mediterraneo;

rilevando la efficacia dei metodi adottati con unità di indirizzo ed alacrità di opera da parte di tutti i funzionari della Sanità;

esprime la sua compiacenza ed il suo plauso, ed è lieto di darne col suo voto solenne, attestazione al direttore generale della Sanità ed a tutti i suoi collaboratori, dai più alti ai più modesti, cui invia un saluto che tutti comprenda nella lode dovuta a quanti con la loro opera, con la loro abnegazione, col loro zelo, concorsero, ciascuno nella sfera della propria attività, alla efficace difesa sanitaria del Paese ».

Il direttore generale della Sanità accennò pure ai provvedimenti adottati in questo anno durante l'alpeggio interno del bestiame, rilevando i buoni risultati ottenuti e come l'afta epizootica si sia mantenuta in limiti molto esigui, senza che alcun inconveniente sanitario si sia verificato pel fatto del ritorno del bestiame alla pianura. Ricordò, a questo riguardo, l'opera attiva di coadiuvazione delle autorità, dei veterinari e dei direttori delle Cattedre ambulanti di agricoltura di Sondrio, Bergamo e Brescia.

Il Consiglio accolse con plauso la esposizione del direttore generale, e passò quindi a trattare gli affari segnati all'Ordine del giorno.

In materia di aumento di stipendio ai medici condotti, deliberati di ufficio dalle Giunte provinciali amministrative, il Consiglio respinse i ricorsi dei Comuni di *Monsampolo del Tronto* (Ascoli) e *S. Basile* (Cosenza) e dichiarò irricevibili perchè tardivamente prodotti i ricorsi dei Comuni di *Formelli* (Campobasso), *Uzzano* (Lucca) e *Thiesi* (Sassari), mantenendo fermi, di conseguenza, gli aumenti accordati.

Accolse, invece, il ricorso del Comune di *Arquata del Tronto* (Ascoli), perchè pur fondata nel merito, la decisione della G. P. A. era viziata nella procedura, essendo mancata la contestazione al Comune stesso per le sue eventuali deduzioni.

In materia di aumento di assegno ad Ufficiali Sanitari, il Consiglio respinse il ricorso del Comune di *Acquarica del Capo* (Lecce), mantenendo fermo l'aumento accordato, ed accolse invece il ricorso del Conune di *Ferla* (Siracusa) non avendo la G. P. A. contestate al Comune le ragioni che provocarono l'aumento stesso.

In materia di aumento di stipendio a veterinari condotti, respinse i ricorsi dei Comuni di *Scerni* (Chieti) e *Morro d'Alba* (Ancona); dichiarò irrecivibili per tardività quelli dei Comuni di *Casalgrasso* (Cuneo) ed *Avola* (Siracusa), ed inammissibile ed infondato, quello del Comune di *Montefiascone* (Roma), mantenendo fermi, di conseguenza, gli aumenti accordati.

Accolse invece quelli del Consorzio di *Vazzola ed Uniti* (Treviso) e del Comune di *S. Ginesio* (Macerata) per vizio di procedura nella decisione della G. P. A. perchè non fu contestata ai comuni la ragione che provocò l'aumento stesso.

Si pronunziò su parecchi ricorsi relativi alla inscrizione di posti di Sanitari di Comuni e di Opere pie alla Cassa di previdenza, esprimendo parere perchè siano respinti quelli degli Ospedali civili di *Genova*, dell'Ospedale S. Maria Nuova di *Firenze* e del Comune di *Olevano sul Tusciano* (Salerno), siano dichiarati irrecivibili quelli del Comune di *Ragusa Inferiore* per un posto di veterinario e del Consorzio Veterinario di *Urgnano ed Uniti* (Bergamo), e siano respinti in parte quelli dell'Ospedale consorziale di *Bari* e dell'Albergo dei Poveri di *Palermo*.

Espresse avviso per la incompetenza del Ministero dell'Interno, nella risoluzione del ricorso del veterinario De Savio di *Terlizzi* (Bari) circa la liquidazione del suo assegno vitalizio essendo tale risoluzione di pertinenza del Consiglio di Amministrazione della Cassa di previdenza.

In materia di consorzi medici espresse parere che debba essere dichiarato irrecivibile per tardività il ricorso del Comune di *Fontanafredda* (Udine), respinto quello del Comune di *Sedegliano* (Udine), e dichiarato tardivo per quanto riguarda la istituzione del consorzio, quello del Comune di *Talamona* (Sondrio), che deve invece essere respinto per quanto concerne il riparto delle spese consorziali.

Per riguardo a consorzi pel servizio veterinario il Consiglio espresse avviso pel rigetto

del ricorso del Comune di *Macerata Feltria* (Pesaro) e dei ricorsi dei Comuni di *Noventa di Piave* e *Meolo* (Venezia); perchè siano dichiarati irrecivibili quelli dei Comuni di *Caprino Veronese* (Verona) e *Torre S. Patrizio* (Ascoli); e pure irrecivibile quello del Comune di *Montalto Uffugo* (Cosenza), esprimendo parere per quest'ultimo però, che sia annullata d'ufficio la deliberazione della G. P. A. riguardante le norme regolatrici del Consorzio, essendo tale materia di competenza del Prefetto.

Per quanto riguarda, infine, ricorsi contro l'obbligatorietà del servizio veterinario, il Consiglio dette parere pel rigetto dei ricorsi dei Comuni di *Fosdinovo* (Massa) e *Calice del Cornoviglio* (Massa).

In materia di applicazione della legge e del regolamento sugli Ordini dei Sanitari, il Consiglio discusse alcuni ricorsi e cioè:

1. ROMA. *Ordine dei farmacisti*: Ricorso Famighetti avverso le operazioni per l'elezione del Consiglio amministrativo.

Considerando che dagli atti risulta come, sebbene in modo sommario, il verbale delle operazioni elettorali fu redatto;

che i farmacisti morosi al pagamento della quota e che hanno votato, erano sempre inscritti all'Albo, in quanto la cancellazione deve essere esplicitamente pronunciata dal Consiglio amministrativo;

che la proclamazione degli eletti è regolarmente avvenuta e di ciò fa fede il verbale;

che la conta delle schede messe nell'urna non è prevista dal Regolamento 12 agosto 1911, n. 1022;

che la conta delle schede contestate e nulle furono regolarmente chiuse in plico suggellato e firmato, e che la mancata formalità del bruciamento delle schede valide, del qual fatto non esistono prove, non può essere argomento sufficiente per giungere alla conseguenza grave dell'annullamento dell'elezione;

Il Consiglio respinge il ricorso in esame.

2. VENEZIA. *Ordine dei farmacisti*: Ricorso contro l'elezione del Consigio amministrativo.

Il ricorso di alcuni farmacisti si fondava sul fatto che la circolare con la quale si rettificava la data della convocazione dell'assemblea, non fu inviata ai soci raccomandata.

Il Consiglio, considerando che anche in caso di un secondo invito che modifichi la data precedentemente stabilita, la convocazione dell'assemblea dei sanitari per la nomina del Consiglio amministrativo dell'Ordine, deve sempre farsi per mezzo di partecipazioni personali da inviarsi con lettera raccomandata;

accoglie il ricorso e dichiara nulle, di conseguenza, le elezioni del Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei farmacisti di Venezia avvenute il 25 gennaio 1914.

3. CASERTA. *Ordine dei farmacisti*: Ricorso Barbera ed altri, contro le operazioni per l'elezione del Consiglio Amministrativo.

Il Consiglio, considerato che nell'avviso di convocazione fu omessa la indicazione dei Consiglieri uscenti, e che non esiste una prova sicura che siasi riparato a tale omissione;

Considerando che l'invito di convocazione dell'assemblea non fu inviato a tutti i soci, perchè ad alcuni sarebbe stato consegnato a mano, altri lo avrebbero ritirato personalmente, ma tali ultime asserzioni non sono suffragate da prove sicure;

Considerando che alcune bustine contenenti le schede furono consegnate a mano, altre rinchiuse parecchie insieme in una unica busta, e che per le suddette inosservanze del Regolamento viene meno ogni garanzia circa la segretezza e la sincerità del voto perchè si sono trascurate appunto le condizioni formali che assicurano la sostanza,

in accoglimento del ricorso, dichiara nulle le operazioni elettorali per la elezione delle cariche dell'Ordine dei farmacisti di Caserta avvenute il 18 gennaio 1914.

4. PIACENZA. *Ordine dei Medici*: Ricorso Conti contro le operazioni elettorali per la costituzione del Consiglio amministrativo.

Il ricorso si fondava sul fatto che il seggio eliminò 23 schede giunte per posta in busta chiusa ma non suggellata, e tale eliminazione ha prodotto una maggioranza fittizia e non reale.

Il Consiglio, considerando che la formalità del suggello prescritta dal Regolamento non porta la nullità delle operazioni elettorali in caso di inosservanza, non essendo tale nullità esplicitamente dichiarata;

che nella specie doveva esaminarsi se per l'inosservanza venivasi meno allo scopo pel conseguimento del quale quella formalità è diretta, e cioè a garantirsi dalle eventuali manomissioni delle buste;

che tale manomissione risulta esclusa, onde la mancata suggellazione, derivata forse dalle istruzioni che il presidente credette di dare a tergo dell'avviso di convocazione, non poteva portare a negare a ventitrè inscritti di votare con l'inevitabile conseguenza della difformità tra i risultati dell'elezione e la volontà degli elettori;

delibera che sia disposto il proseguimento delle operazioni elettorali da parte del Seggio, con lo spoglio delle ventitrè buste eliminate.

5. PADOVA. *Ordine dei farmacisti*: Ricorso Lotto e Mioni contro provvedimento disciplinare.

Ai farmacisti Lotto e Mioni di Padova fu prima dal Consiglio amministrativo, poi dall'assemblea in seduta stante 22 marzo 1914 applicato un provvedimento disciplinare per aver venduto alcune specialità a prezzo inferiore a quello stabilito dalla tariffa farmaceutica regionale veneta. Gli interessati ricorsero ed il Consiglio:

poichè fu ammessa nell'assemblea la votazione per delega;

poichè quando l'assemblea delibera in materia disciplinare compie funzioni giudiziarie, e ciascuno dei votanti deve giudicare dopo aver valutate le ragioni di chi accusa e quelle di chi difende, partecipando anche con la sola presenza alla discussione che serve a determinare il proprio convincimento;

poichè la delega equivale in questo caso a delegazione di coscienza, e costituisce una causa di nullità insanabile;

poichè votarono soltanto 31 inscritti su 225, cioè meno del quarto, e non risulta dal verbale che si trattasse, nel caso speciale, di seconda adunanza perchè la prima fosse andata deserta;

delibera di accogliere il ricorso, dichiarando nulla la deliberazione 22 marzo 1914 dell'assemblea, pel fatto in esame.

Inoltre il Consigio dette parere favorevole per la concessione delle opere di bonifica delle terre paludose del Consorzio Bacchiglione-Fossa Paltana (Padova) e della bassa pianura ravennate (settimo bacino);

dette parere favorevole per la revoca delle zone malariche dichiarate nei Comuni di Colli del Tronto (Ascoli); Gesualdo (Avellino); Duronia, Pescolanciano e Sant'Angelo del Pesco (Campobasso); ed in parecchi Comuni della provincia di Padova;

approvò i regolamenti speciali per i manicomî di Torino e Macerata;

approvò con modificazioni i regolamenti speciali per i manicomî di Firenze, di Lucca e della casa di salute per alienati « Fleurent » di Napoli;

e sospese in attesa di chiarimenti la deliberazione sul regolamento speciale per i manicomî di Venezia;

espresse parere contrario all'accoglimento dei ricorsi di Campasso Giovanni (Pratiglione) e del Comune di Barzio (Como), circa costruzioni nella zona di rispetto dei cimiteri;

espresse parere favorevole per l'uso del fosfuro di zinco nella lotta contro le arvicole in agricoltura e per l'uso degli arseniti contro gli insetti nocivi alla viticoltura, all'olivicoltura ed alle piante da frutto, sotto l'osservanza, però, di speciali cautele;

si occupò, inoltre, della questione della vaccinazione contro il tifo addominale facendo voti perchè sia applicata ai militari di terra e di mare;

si pronunziò su parecchi ricorsi riguardanti provvedimenti disciplinari inflitti a sanitari e su molte domande di privativa industriale.

Infine il Consiglio espresse unanime a S. E. il presidente del Consiglio un voto di plauso per aver fatto proprio e mantenuto dinanzi al Parlamento il progetto di legge n. 128, il quale tra gli altri provvedimenti di indole sanitaria, comprende la fondazione di un Istituto vaccinogeno di Stato, che assicurerà il mezzo fondamentale di lotta contro il vaiuolo.

NOTIZIE DIVERSE.

Per i medici del Belgio.

Il prof. Jacobs, l'eminente ginecologo di Bruxelles, il quale ebbe a dimostrare tanto benefico interessamento a pro' dei sanitari vittime del disastro calabro-siculo e delle loro famiglie, ha lanciato ora un disperato appello alla fratellanza, alla solidarietà ed all'umanità dei medici dei paesi civili affinchè concorrano ad alleviare la immane e terrificante sventura da cui è stata colpita la terra del Belgio.

I sanitari italiani sentiranno l'imperioso e sacro dovere al quale sono stati richiamati.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Milano si è fatto promotore di una sottoscrizione; tutti gli altri Ordini e le altre Associazioni sanitarie seguiranno l'esempio.

Il « Policlinico » ha inviato all'Ordine dei medici di Roma, quale obolo dell'Amministrazione, la somma di lire cento.

Per la sanità pubblica.

È stata costituita la Commissione parlamentare per l'esame di « diverse disposizioni sulla Sanità pubblica »; presidente l'on. prof. R. Santoliquido, segretario l'on. Sandrini.

Opere igieniche.

Il ministro del tesoro ha sottoposto alla firma sovrana alcuni decreti per concessioni di mutui a Provincie e Comuni, per una somma totale di due milioni e mezzo di lire circa; in maggior parte sono destinati ad opere igieniche, come gli acquedotti, ed agli edifici scolastici.

Per il proseguimento degli studi sulla malaria.

I consiglieri provinciali di Roma Ceribelli e Cencelli hanno presentato al Consiglio la seguente proposta:

« Si invita la Deputazione provinciale a promuovere, d'accordo con le altre provincie interessate, una attiva propaganda per il compimento degli studi sulla malaria, affine di sottrarre, se è possibile, alla chinizzazione a vita i lavoratori delle zone malariche ».

Contro la lebbra.

L'on. Maffi aveva interrogato il ministro dell'interno per conoscere quali provvedimenti intenda di adottare, a scopo profilattico ed assistenziale, nei riguardi dei sempre più frequenti casi di lebbra, con particolare riferimento ad un caso. Gli è pervenuta la seguente risposta:

« Premesso che a questo Ministero non risulta affatto una maggiore frequenza di casi di lebbra, si fa presente che esso si è occupato e si occupa del problema inerente alla profilasssi di tale malattia, ed ha nominato, per ogni miglior studio della questione, una Commissione composta di docenti e di professionisti, specialmente competenti, che hanno già presentata la loro relazione, che sta formando oggetto di speciale esame per quelle particolari disposizioni di carattere profilattico che si riterrà opportuno di adottare.

Inoltre sono presentemente in corso trattative col Gran Magistero dell'Ordine Mauriziano per la costruzione, col sussidio integrativo di questo Ministero, di un Lebbrosario moderno, che possa accogliere la maggior parte dei pochi lebbrosi che abbiamo in Italia, per i quali concorrano particolari circostanze che ne impongano la segregazione ».

Si passa poi al caso specifico.

Interrogazioni e interpellanze.

Tra le interrogazioni e le interpellanze di carattere sanitario di cui si è data lettura, sono le seguenti:

dell'on. Meda, al ministro dell'interno, sulle condizioni dell'assistenza ospitaliera in Italia, e sui provvedimenti per regolarla e migliorarla;

dell'on. Lombardi, al ministro dell'interno, perchè si provveda alla somministrazione gratuita dei medicinali alla popolazione povera del Mezzogiorno;

dell'on. Rampoldi, al ministro dell'interno, perchè venga chiarita la questione sulla eleggibilità dei medici di Opere pie a consiglieri comunali e provinciali;

dell'on. Cavagnari, al ministro della guerra, sulle condizioni igieniche di alcune caserme di Genova ove si sarebbero manifestati casi di tifo;

dell'on. Vinai, al ministro della guerra, per il rifornimento di calzature più igieniche alle truppe;

dell'on. Nava, al ministro della pubblica istruzione, sul funzionamento delle Cliniche di Modena;

dell'on. Labriola, al ministro dell'interno, per conoscere il suo pensiero sull'applicazione della legge 31 marzo 1912, n. 294, che si è risolta in una violazione del principio della legge stessa, la quale desiderava venire in aiuto dei praticanti dentisti non muniti di diploma;

dell'on. Cocco-Ortu, al ministro dell'interno, sull'andamento delle disposizioni dell'articolo 81 della legge 10 novembre 1907, intese a facilitare ai Comuni della Sardegna la costruzione delle condotture d'acqua potabile;

dell'on. Compans, al ministro della guerra, se non creda opportuno di affidare sempre le forniture di materiale sanitario alla Farmacia centrale militare; e almeno, sentire sempre il parere dei tecnici della Farmacia centrale militare e dell'Ispettorato di Sanità, quando sia necessario procedere a forniture dal commercio (risposta scritta);

dell'on. Ciccotti, al ministro dell'interno, per sapere come intenda ricondurre alla legalità l'Amministrazione degli Ospedali riuniti di Napoli, che, in una deliberazione del 9 aprile p. p., violando regolamenti, giudicati e concordi precedenti, portarono a quaranta anni, e senza limiti di età, la permanenza in ufficio dei direttori di sala.

Un disegno di legge per le case da giuoco.

Sull'esempio della Francia, sappiamo che un gruppo di deputati, tra i quali gli on. Berenini e Raimondo, sta preparando un disegno di legge da presentarsi alla Camera per disciplinare le case da giuoco nelle stazioni balneari, termali e climatiche.

Esso dispone che sul reddito lordo del giuoco quotidianamente accertato da uno speciale funzionario dello Stato, sia fatto un prelevmaento del 10 % a favore dello Stato e del 5 % a favore del Comune.

Lo Stato erogherebbe tale provento in opere di assistenza, di previdenza, di igiene e in genere di pubblica beneficenza — sopratutto potrebbe esser destinato alla lotta, che ora più urge, contro il flagello della tubercolosi. — Il Comune lo erogherebbe in opere pubbliche a miglioramento edilizio ed igienico della stazione balneare, termale o climatica.

A regolare l'uso dei prelevamenti eseguiti a favore dello Stato presso il Ministero dell'Interno si istituirebbe una speciale commissione.

Osserva il dottor E. Grossi ne « L'Igiene Sociale », da cui desumiamo queste notizie, che il disegno di legge ha un alto contenuto morale, poichè mentre combatterà il vizio clandestino e perchè clandestino più pericoloso, servirà a lenire non poche sofferenze, e a rendere più belle, più igieniche, più salutari le nostre stazioni termali e climatiche.

Munificenza regale.

In occasione della nascita della principessa Maria, il Re ha elargito lire 150,000, di cui 100,000 per l'opera di riordinamento della lotta per salvare l'infanzia dalla tubercolosi e lire 50,000 perchè sia eretto un ricovero autonomo per convalescenti.

Preparazione delle allieve ostetriche ai soccorsi in guerra.

Il prof. G. Calderini, socio fin dall'inizio della istituzione della Croce Rossa, il quale fece parte dell'ambulanza torinese che agì in Francia durante la guerra del 1870, ha fatto appello alle 111 allieve inscritte in questo anno scolastico alla R. Scuola ostetrica della Università di Bologna, perchè quelle che credessero di farlo, si inscrivessero ad un corso accelerato di conferenze per volontarie della Croce Rossa, istituito dal prof. M. Pazzi, incontrando l'obbligo del pagamento di L. 5 di ingresso e di L. 5 annue per tre anni consecutivi. Per le altre, propose che si inscrivessero ad un corso gratuito che egli cogli assistenti e le levatrici della Clinica avrebbero fatto nelle domeniche nei locali della Clinica ostetrico-ginecologica di S. Orsola, cominciando sin dal giorno 6 del mese scorso.

Corsi di pefezionamento in Igiene.

Dall'11 gennaio al 10 marzo 1915, nell'Istituto d'igiene dell'Università di Roma, avranno luogo tre corsi di perfezionamento, uno per i laureati in medicina e chirurgia, l'altro per i laureati in veterinaria, il terzo per i laureati in chimica e farmacia e i diplomati in farmacia.

I suddetti corsi saranno essenzialmente pratici. A chi li avrà frequentati regolarmente verrà, in seguito a prova d'esame, rilasciato un certificato degli studi fatti.

Si dovrà versare nella Cassa dell'Università la somma di lire 100.05 per tassa di laboratorio e la somma di lire 11.25 occorrente per sopratassa d'esame e marca da bollo del libretto.

Le iscrizioni si riceveranno fino al 6 gennaio p. v., ed essendo limitato il numero dei posti disponibili, le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande.

Per ritirare alla fine del corso il diploma su pergamena si dovrà presentare domanda al rettore, su carta bollata da cent. 65, e versare alla suddetta Cassa la somma di lire 9.75.

Per chi avrà frequentato regolarmente i detti corsi bimestrali in questa o in altra Università, e vorrà prepararsi per i concorsi ai posti dell'Amministrazione sanitaria presso i Comuni e lo Stato, ulteriori corsi di perfezionamento avranno luogo dal 30 marzo al 30 luglio 1914.

A detti corsi sono ammessi anche coloro che hanno compiuti gli studi nelle Università estere.

Corso di perfezionamento in Medicina legale.

Nell'anno scolastico corrente avrà luogo presso l'Istituto di medicina legale dell'Università di Roma un corso pratico di perfezionamento in medicina legale per i laureati in medicina e chirurgia; vi saranno ammessi come uditori i laureati in legge.

Il corso avrà la durata di un quadrimestre, e s'inizierà, semprechè gli iscritti raggiungano almeno il numero di 20, il 1° febbraio 1915.

Saranno impartiti i seguenti insegnamenti:

« La perizia medico-legale: esame del ferito, dell'infortunato, del delinquente » (Ottolenghi prof. S.).

« Sopraluogo: ricerche medico-legali sul cadavere. L'autopsia giudiziaria » (Ascarelli professor A.).

« Diagnostica psichiatrica » (Cerletti prof. U.).

« Applicazione della legislazione degli infortuni » (Bernacchi prof. L.).

« Esercitazioni medico-legali di laboratorio » (Bellussi dott. A., aiuto).

« Esercitazioni d'identificazione giudiziaria » (Falco dott. G., aiuto).

« L'antropologia criminale nel servizio militare » (conferenze di N. N.).

Tutti gli insegnamenti saranno coordinati allo scopo di dare ai medici una istruzione, sopratutto pratica, nelle varie questioni riguardanti l'esercizio peritale e professionale (con speciale riguardo ai servizi infortunistico, ferroviario, militare e carcerario).

L'orario sarà combinato in modo che gli iscritti possano frequentare altri corsi di perfezionamento.

Alla fine del corso quelli che lo avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un diploma comprovante gli studi fatti.

Per essere ammessi i laureati in medicina e chirurgia devono fare domanda su carta da bollo da cent. 50 al rettore della R. Università, non più tardi del 20 gennaio 1915, presentando:

a) fede di nascita, debitamente legalizzata dal presidente del Tribunale;

b) diploma o certificato di laurea in medicina e chirurgia o in legge (anche conseguiti, per gli stranieri, in Università estere);

c) quietanza di lire cento (per gli uditori di lire cinquanta) rilasciata dall'economo della R. Università.

Si dovranno pure versare nella Cassa universitaria L. 12.05, per la sopratassa d'esame e la marca da bollo.

Per ritirare il diploma in pergamena gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da cent. 65 e pagare L. 9.75.

Per gli Istituti Superiori di Firenze.

La Cassa di risparmio di Firenze ha elargito mezzo milione a favore degl'Istituti Superiori di Firenze. Il relativo decreto per l'approvazione è stato firmato dal Re.

A 72 anni ma ancora nel pieno vigore intellettuale è morto il prof. **Léon Lereboullet**.

Diresse l'insegnamento della Clinica medica nelle scuole sanitarie militari di Montpellier e di Parigi.

Datosi poi alla carriera civile, vi acquistò una posizione brillante.

In collaborazione con Duval pubblicò il « Manuel du Microscope dans ses applications au diagnostic et à la clinique »; successe al Dechambre nella direzione della « Gazette hebdomadaire de Médecin et de Chirurgie » e del « Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales ». Con Dechambre e Duval pubblicò il più modesto « Dictionnaire usuel des Sciences Médicales », che ancora oggi si ammira per la precisione e la larghezza di vedute, per l'esposizione sintetica insieme ed elementare. Mente comprensiva, lasciò molti lavori apprezzati nel campo medico ed in quello naturalistico (cominciò come naturalista).

Si occupò anche con impegno e successo dei miglioramenti economici e morali nella carriera del medico militare.

R. B.

Il 17 dicembre, dopo insidioso morbo, spegnevasi appena cinquantenne in Meina (Lago Maggiore), il dott. **Cesare Avegno**.

Fu uno degli apostoli più attivi nella propaganda e nell'opera di redenzione della classe dei medici condotti.

La classe medica del Lago Maggiore, che lo ebbe per tanti anni instancabile organizzatore, serberà alla sua memoria la più devota gratitudine.

È morto improvvisamente, di un attacco anginoso, il dott. cav. **Rutilio Ascenzi**, valente medico esercente a Roma, proprietario e direttore di una clinica privata.

Rassegna della stampa medica.

The Journal A. M. A., 12 sett. BILLINGS. I focolai d'origine delle infezioni. — ROSENOW. La nuova batteriologia di varie infezioni. — BARKER, COLEMAN. La dieta nel tifo. — CLARK. Il trattamento essiccante delle neoformazioni cutanee e mucose.
Riv. Ospedaliera, 15 sett. SCHUPFER. Alterazioni ossee nelle malattie epatiche. — MILANI. Le lesioni del corpo calloso.
Il Movim. San., n. 16. GASPERINI. Il collaudo delle opere igieniche favorite dallo Stato. — MAZZOLANI. La casa araba e l'igiene dell'abitato a Tripoli.
Rev. Clin. de Madrid, 15 sett. SANZ. Genesi emotiva dell'isterismo.
The Boston M. a. S. Journ., 17 sett. Relazioni sulla tubercolosi polmonare.
The Journal A. M. A., 9 sett. WILSON. Il cuore nella polmonite. — DAVIS. I piccoli innesti cutanei. — SWEITZER. Sarcoide di Boeck. — HEAD. Nevrastenia e tubercolosi. — MC GRATH. Cancro della prostata.
Zeitschr. f. Tuberk., sett. JOBLING e PETERSEN. Le cause della caseificazione tubercolare. — LAU. Le elevazioni termiche mestruali nelle tubercolotiche. — FAGIUOLI. Pneumotorace terapeutico doppio.
The Med. Review, sett. HERTZ. Calcoli biliari.
Gazz. d. Osp., 17 sett. CAVAGLIERI. La malattia di Biermer.
Wien. klin. Woch., 17 sett. FEDERN. Sulla tubercolosi.
Edinb. Med. Journ., sett. WILKIE. Etiologia e patologia dell'ulcera duodenale. — MITCHELL, RIST, v. PIRQUET. Sulla tubercolosi dell'infanzia. — LLEWELLYN e JONES. Fibrosite gluteale e crurale.
Il Morgagni (Riv.), 18 sett. GASBARRINI. Sulla diagnosi della malaria latente.
The Journal A. M. A., 26 sett. ANDREWS. Condrectomia nell'asma bronchiale — CORNER. La chirurgia del ginocchio. — SALANT. La farmacologia del tartrato sodico. — SILER e a. Studi sulla pellagra: epidemiologia, etiologia, cura. — MILLER. L'azione dei salicilati sul reumatismo poliarticolare acuto.
Riv. Ospedaliera, 30 sett. OLIVIERI. Le aritmie respiratorie.
The Journ. of Med. Res., sett. WEED e WEGEFARTH. Studi sul liquido cerebro-spinale.
Biochimica e Ter. sperim., lug.-sett. FABRICCI. Sul potere diagnostico delle orine. — COLOMBO. Tentativi di antianafilassi.
La Clin. Med. It., sett. DEVOTO. La pneumoconiosi. — GASTALDI. Su la funzione pancreatica esterna studiata con il metodo dello Einhorn. — GERIOLI. Gli ascessi alla Fochier nelle malattie infettive. — FULGHERIO e LEVI. La reazione meiostagminica.
L'Igiene Soc., 15 ag.-15 sett. RICCIARDI-FIASTRI. La donna infermiera. — MAGALDI. Igiene delle abitazioni e abitazioni a buon mercato.
Arch. Ital. di Ginecol., 31 ag. RICCI. Epitelioma primitivo della vulva.
Rev. Méd. de la Suisse Romande, 20 sett. MARTIN-DU PAN. L'elioterapia artificiale con la lampada Vignard. — GOLAY. Il valore e le indicazioni della posizione di Fowler in chirurgia addominale.
L'Idrologia, ecc. ag. VINAJ. La diatermia.
Ann. di Ostetr. e Ginecol., 30 sett. MANGIAGALLI. La resezione dell'angolo sacro-vertebrale come complemento del taglio cesareo. — MONCALVI. Comportamento termico e profilassi del puerperio. — FOSSATI. Sulla struttura della mucosa uterina.
La Rif. Med., 19 sett. BIANCHI. Sulle nevro-psicopatie post-traumatiche. — MASSALONGO e PIAZZA. Sindrome ipofisaria adiposo-genitale post-infettiva.
Pensiero Med., 20 sett. DELLA TORRE. Appendicite erniaria della primissima infanzia.
Lo Speriment., 21 sett. AZZI. L'eliminazione di acqua con il respiro nei febbricitanti. Temperatura dell'aria aspirata. — PROSPERI. La pneumonite fibrinosa sperimentale. — BECCHERLE. Dell'anemia splenica infantile.
Bull. J. Hopkins Hosp., ag. HALSTED. Il tifo nel morbo di Basedow. — Sett. BARKER. I rapporti tra medicina interna e psichiatria. — HENDERSON. Psicosi di Korsakow in gravidanza.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. Roma, 10 gennaio 1915 Fasc. 2

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Premio ordinario agli associati, per il 1915.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Assistente nella R. Clinica Otoiatrica e aiuto medico negli Ospedali di ROMA.

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Sarà un volume in formato tascabile di circa 800 pagine, nitidamente stampato, con molte figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela con inscrizioni in oro sul piano e sul dorso. È già in corso di stampa e verrà spedito nel primo trimestre del 1915.

SOMMARIO: INTRODUZIONE. *Importanza dell'otorinolaringoiatria.* Intenti e confini moderni di questa branca. — I. NASO. Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame del naso. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. SENI O CAVITÀ ANNESSE AL NASO. IPOFISI. — II. BOCCA. FARINGE. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della faringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. ESOFAGO, TIROIDE E TIMO. — III. LARINGE E TRACHEA. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della laringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. — IV. ORECCHIO. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame dell'orecchio. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. Medicina legale e infortuni sul lavoro.

Avvertenza. **Per aver diritto al suddetto interessante volume, spedire** *subito,* **mediante Cartolina-vaglia indirizzata nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, n. 46 - ROMA, l'importo d'abbonamento per l'anno 1915. (*)**

(*) N. B. Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
IV Padiglione diretto dal prof. T. GUALDI.

Sul valore clinico della reazione di Wassermann

per il dott. TOMMASO PONTANO, medico aiuto.

Sommario: I. Sifilide e malattie interne. - II. Mezzi diagnostici della sifilide nelle malattie interne. - III. Reazione di Wassermann. - IV. Interpretazione della W. R. - V. La W. R. nelle malattie: *a*) sifilitiche, *b*) non sifilitiche, *c*) deduzioni. - VI. W. R. positiva è segno di sifilide attiva. - VII. W. R. e cura della sifilide. - VIII. Conclusioni.

I. — *Sifilide e malattie interne.*

In questi ultimi anni lo studio clinico e le ricerche di laboratorio hanno spianato le vie ed hanno illuminato un vasto campo di patologia, sul quale già le acute menti del secolo scorso avevano piantato il seme fecondo dell'osservazione e della concezione divinatrice. Se si pensi per poco che in opposizione a Fournier, ad Erb, a Gowers, a Strumpell, a Déjerine, a Raymond, a Quinquard, a Schütz, i quali dallo studio statistico erano giunti alla determinazione della natura sifilitica della tabe, si schierarono uomini come Westphal, Charcot, Virchow, Leyden, Lewin, Isaack e Koch, Glüch, per un argomento sul quale non è permesso più ai nostri tempi muovere dubbi o sospetto, si avrà l'indice, solo incompleto, dei progressi che in questo campo sono stati raggiunti.

Schaudinn con l'identificazione nella spirochete della causa della sifilide, Metchnikoff e Roux con la riproduzione sperimentale della malattia negli animali superiori, Wassermann con l'applicazione felice della deviazione del complemento alla diagnosi della malattia, Ehrlich ed Hata con l'introduzione nella terapia dei preparati arsenicali chemoterapici, hanno fermato le pietre miliari, intorno alle quali un esercito di studiosi ha ricostruito il colossale edifizio della patologia moderna della sifilide. Con questi mezzi è stato possibile non solo accertare che determinate sindromi morbose hanno come etiologia unica l'infezione sifilitica (tabe, paralisi progressiva, ecc.) ma che nelle più svariate manifestazioni e sindromi morbose poteva essere, in casi speciali, unica causa, la sifilide stessa. Anche qualche decennio fa era stimato come visionario quel medico, che troppe volte riconosceva nella lues l'origine di malattie interne; l'esperienza clinica, edotta dal controllo anatomopatologico, ogni giorno ha insegnato che troppo spesso invece si erra, quando nella giusta considerazione non si tiene, nella diagnostica differenziale, l'agente sifilitico. Ricordo in un aureo volume del Cardarelli (*Lezioni di patologia e clinica medica*), a proposito della sifilide epatica le candide confessioni d'uno dei clinici nostri più acuti, su errori, giustificati dal tempo, forse talora evitabili coi mezzi nostri attuali d'indagine.

L'infezione sifilitica, già nota agli specialisti come la causa di manifestazioni proteiformi, che mal sopportavano classificazioni rigide e cronologie stringate, s'è rivelata ai nostri occhi anche più variabile quale causa di malattie interne: si può dire che non esiste malattia o stadio di essa, che la infezione luetica non possa *almeno temporaneamente* simulare.

In questo concetto deve convenire chi ha avuto occasione di studiare localizzazioni sifilitiche, debitamente controllate, che simulavano compressioni cerebrali o disturbi vaghi dei centri superiori, le più svariate sindromi spinali e dei nervi periferici, malattie polmonari con sintomi di broncopolmonite come di caverna tubercolare con emottisi, l'ascesso ed il tumore e la cisti del fegato, la cirrosi e la nefrite cronica, il tumore del testicolo, e il cancro della lingua o del pene, le malattie del ricambio o la anemia grave, l'infezione acuta sotto la veste tifosa, malarica, setticoemica, pioemica. Voglio più particolarmente accennare a tutta la disparata sintomatologia polmonare della sifilide; dall'emottisi alla bronchite diffusa, dalla broncopneumonite alla sclerosi totale con bronchiectasia, per ricordare degli individui, a me capitati, i quali spontaneamente s'erano presentati all'Ospizio Umberto I di Roma convinti o dichiarati tubercolosi, e che da questo nosocomio furono inviati in ospedale comune perchè la ricerca del b. di Koch era riuscita costantemente negativa: l'indagine sierologica, il reperto anatomico in alcuni casi, gli effetti della cura in altri, dimostrarono, per esclusione o per dati di fatto probativi, che le lesioni e le sindromi erano da riferirsi alla sifilide. Non più dunque la patologia della sifilide si ferma come conoscenza sicura a manifestazioni esterne, o a sindromi nette specialmente nervose o arteriose, ma dilaga, invade, nessuno escluso, tutti i campi delle malattie conosciute.

Se i mezzi d'indagine sono nelle nostre mani divenuti più numerosi e sicuri, è d'altra parte divenuto talmente vasto il campo d'osservazione, che lo studio clinico dell'ammalato è stato seminato di gravi difficoltà per i fini segni rivelatori, che non è più lecito od indifferente trascurare.

Nessun mezzo di diagnosi è superfluo in clinica o è da riguardare come mezzo di lusso, specie se la malattia che noi ricerchiamo è passibile di cura efficace. Si considerino per un momento queste poche cifre: dal febbraio 1913 al giugno 1914 sono capitati alla mia osservazione nel IV Padiglione al Policlinico, 1406 malati, inviati all'ospedale per malattie acute o per episodii di malattie interne, croniche; tra questi pazienti o la forma clinica, o il sospetto confermato dall'analisi di laboratorio hanno potuto accertare in 141 casi la lues come causa della malattia stessa e precisamente su 765 uomini in 92 casi (12 %) e su 641 donne in 49 (7.6 %).

In una media adunque che va dal 7.6 % nelle donne al 12 % negli uomini degenti in ospedale si trova la lues come causa di malattie interne; e l'osservazione è stata compiuta in un ospedale che non accetta i sifilitici con manifestazioni esterne della malattia, per le quali esiste un nosocomio specializzato.

Tra tutti i casi osservati la sifilide era nota e confessata nel 41 %, ignorata completamente nel 59 % dei casi. Tra i sifilitici confessi v'ha una grande prevalenza di uomini (93 %), mentre nella sifilide ignorata

o negata la lieve prevalenza la mantengono le donne; considerando solo le donne affette da malattia interne sifilitiche, si trova che la percentuale di quelle che ignorano di aver contratto sifilide è enorme (97 % secondo la nostra inchiesta).

Il dato statistico ha grande importanza per confermare l'opinione ormai dai più sostenuta che la sifilide mal curata o non curata (ignorata) dà manifestazioni tardive sugli organi; e se ci fermiamo a considerare specialmente questa categoria di sifilitici, concludiamo che tutti i nostri mezzi d'indagine (anammestici, obbiettivi, di laboratorio) dovrebbero essere usati, in un ammalato di qualunque malattia, per disvelare un *terreno* o talora la causa eventuale sifilitica: l'esame dell'urina è pur divenuto uno dei punti indispensabili dell'esame del malato dacchè la nefrite latente preesistente, o compagna della malattia ha preoccupato il medico; forse minore importanza è da attribuire ad una infezione latente sifilitica quando essa, dopo molti anni di benessere può dare un aneurisma, la tabe, la paralisi progressiva, una arterite cerebrale come conseguenze irreparabili?

II. — *I mezzi diagnostici della sifilide nelle malattie interne.*

La diagnostica della natura sifilitica delle malattie interne, specie di quelle curabili, urta contro serie difficoltà d'indole tecnica, quando non si aggiungano difficoltà d'indole morale. In alcune malattie, che sono riconosciute ormai come la conseguenza diretta dell'infezione sifilitica (tabe, paralisi, aneurisma) il clinico ha elementi sicuri nella enunciazione della diagnosi clinica stessa, come il sifilografo alla sola vista d'una chiara roseola o di una *corona veneris* o d'una perforazione del palato ecc.; ma le difficoltà sorgono nelle sindromi che possono essere l'effetto comune di cause svariate: una bronchite, una epatite, un reumatismo articolare, una tonsillite.

Nella maggior parte di esse non è utilizzabile quel mezzo che non dovrebbe ormai esser trascurato in nessun ambulatorio di malattie celtiche; la ricerca diretta con preparati colorati o all'ultramicroscopio della spirochete pallida: solo se manifestazioni secondarie si associano ad una lesione degli organi interni, fatto raro, il mezzo può essere decisivo per la diagnosi: in generale nelle malattie interne, per quanto si scriva modernamente sulla ricerca della spirochete nelle urine p. es., esso non è mezzo utilizzabile per la diagnosi.

Gli elementi clinici, dal dato anamnestico, al dato familiare, dai caratteri peculiari della malattia al suo decorso, devono per ora guidare alla diagnosi clinica o, indirizzare alle ricerche atte ad accertarla: ma gli elementi clinici, sui quali io non posso spendere neppure poche parole, sono criterii il più delle volte *di sospetto,* talora *di grave sospetto,* tali da invitare anche ad instituire una cura specifica diagnostica, essi non sono quasi mai elementi di certezza: ricordo un esempio capitato alla mia osservazione nel 1909: è ricoverato al IX Padiglione un individuo giovane, senza precedenti, con figli sani, di cui l'ultimo nato a termine 4 mesi prima, che presenta una tipica sindrome meningea cerebrale completa con febbre fortemente remittente, gangli latero-cervicali piuttosto grossi, mobili, indolenti. Cutireazione positiva; liquido cefalorachideo: linfocitosi. Mentre il quadro clinico deponeva per una meningite tubercolare, il decorso fece sospettare la lues, e la cura specifica applicata più per scrupolo che per convinzione, chiarì la natura sifilitica della malattia.

Ma il mezzo curativo, quale espediente diagnostico se è facilmente applicabile in ospedali, è certo poco pratico in famiglia privata, dove nessuno perdonerebbe un simile tentativo quando questo fallisse; d'altra parte vi sono molte malattie interne sifilitiche in cui la manifestazione clinica è resistente alla cura, ed in cui la terapia, più che un'azione diretta sulla lesione irreparabile, deve avere un'azione preventiva contro eventuali ulteriori danni su altri organi o sistemi.

L'impossibilità della costante ricerca del parassita, la proteiforme figura della malattia, la resistenza alla terapia di alcune forme sospette come luetiche, la gran de categoria delle lues ignorate, fecero accettare come una vera liberazione da un difficile stato di cose una reazione biologica che fu presentata come reazione specifica, fondata sulle ipotesi immunitarie che dominano le nostre conoscenze sulle infezioni.

III. — *Reazione di Wassermann.*

La Reazione di Wassermann ha avuto origine dalla iniziativa di applicare il fenomeno della deviazione del complemento

(Bordet et Gengou) alla diagnosi specifica della sifilide, usando come antigene l'estratto di fegato sifilitico. E non solo le apparenze scientifiche ma la realtà pratica in primo tempo dimostrarono specifica la reazione e giusto il ragionamento. Poi venne l'analisi del fenomeno ed alla *specificità,* dal punto di vista scientifico si dovette del tutto rinunziare, dal punto di vista pratico si dovette giungere a limitazioni e ad una interpretazione non più bruta ma oculata del fenomeno. Non più l'estratto acquoso od alcoolico di fegato sifilitico, ma anche l'estratto di cuore di cavia poteva essere utilizzato per la reazione, ma la lecitina, l'estratto di cuore umano, di rene, di capsula surrenale di animali, di vegetali (!); non tutti i fegati eredo-luetici contenevano le sostanze adatte per la deviazione del complemento, ma talora il meno ricco in spirochete si dimostrò migliore del più ricco: un primo elemento empirico quindi era a base della reazione; una sostanza cioè, di natura non nota, che certamente è contenuta in organi normali, che più facilmente si produce in organi affetti da infezione sifilitica. Come per lo antigene così per il *siero del malato,* il quale avrebbe dovuto contenere gli anticorpi specifici, rivelabili con la reazione, prodotta dalla spirochete. Se non che la reazione si trovò comune ad altre malattie protozoarie e non (framboesia, lepra), frequente in altre malattie da infezione ad etiologia ignota (scarlattina); non solo, ma nel siero stesso normale il problema era basato su una questione di quantità, non di qualità; bastava aumentare le dosi per giungere alla reazione positiva anche in non luetici. Senonchè la medesima costanza e frequenza la reazione non dimostrava nelle altre poche note malattie così come nella sifilide, non solo, ma nelle dosi, stabilite dai ricercatori, nei sieri non luetici, la reazione di deviazione non risultava mai positiva.

Se la parte teorica quindi veniva ad essere gravemente compromessa e sovvertita, la reazione, che ne era la figlia naturale, manteneva il suo valore pratico, poichè anche se si dimostrava che la differenza non era nella natura delle sostanze reagenti, ma nella quantità maggiore nei sieri luetici, minore o assente nei non luetici, si trattava solo di usare della delicata reazione in maniera da ovviare ad inconvenienti ed errori.

In genere noi non comprendiamo la reazione di Wassermann se non riferendoci al meccanismo fondato su punti di partenza scientifici immunitari; quando questi con facili considerazioni siano distrutti, la reazione stessa rimane come una mirabile empirica trovata, utile nella pratica: non si tratta più di cercare una sostanza peculiare nel siero dei sifilitici, ma un reattivo prezioso, comune a poche, ben note e differenziabili malattie, che in quantità assai maggiore è nel siero dei sifilitici rispetto ai sieri normali. Dovremmo forse noi rinunziare alle reazioni di agglutinazione sol perchè un siero normale, se pure in quantità minima, si mostra provvisto di potere agglutinante?

Allo stato attuale delle cose è naturalmente prematuro parlare di meccanismo di produzione e della identificazione di tali sostanze reattive: sono esse in rapporto con il processo sifilitico (spirochete), o si originano solo per riassorbimento di sostanze degli organi, sono esse addirittura un prodotto emanato dai leucociti come Wassermann e Lange recentemente sospettano? (*Berl. klin. Woch.,* 1914, n. 11).

Tale problema troppo grave ed interessante dal punto di vista biologico per ora non può nè deve interessare per lo scopo delle nostre indagini.

IV. — *Interpetrazione della W. R.*

La letteratura medica è ricca di statistiche più o meno controllate numerosissime sul valore diagnostico della reazione di Wassermann; ogni giorno dati numerosi si aggiungono per stabilire il suo valore pronostico, sì da conferirle il valore di guida per una terapia razionale.

Prima di aggiungere i nostri dati ai tanti conosciuti, vediamo rapidamente gli elementi di giudizio per l'apprezzamento della reazione in sè e lo stato attuale, alla stregua delle statistiche più moderne.

Interpetrazione della reazione in sè. — La reazione di Wassermann è complicata e delicatissima non tanto per l'esecuzione materiale, quanto per la scelta degli elementi e del metodo da seguire.

Il metodo originario di Wassermann ha subìto una serie di modificazioni nella tecnica, nella preparazione e nelle manipolazioni diverse, che gli elementi devono subire prima di essere usati; così per citare le più conosciute: Weidenz riduce le dosi

per la reazione, così da istituire una reazione a goccie, Wechselmann usa il solfato di bario mescolato ed agitato con i sieri per sopprimere le sostanze complementoidi. Bauer sopprime addirittura il siero emolitico fidando nella emolisina contenuta nei sieri umani in esame, o aggiungendo piccole quantità di sieri normali, quando l'emolisina sia stata trovata in dosi insufficienti, Brieger e Renz sostituiscono all'ambocettore emolitico il clorato potassico, Manoiloff, il succo gastrico naturale, Portmann l'acqua distillata, Hecht si serve non solo dell'ambocettore naturalmente contenuto nei sieri ma anche del complemento, usando così sieri freschi non inattivati, Stern non inattiva i sieri ma aggiunge l'ambocettore emolitico, Noguchi e Tchernogubou usano invece del sangue di montone e del siero antimontone, le emazie umane e il siero antiumano, v. Dungern si serve del complemento secco su carta di filtro, Kromayer e Trinchese mescolano con solfato di bario i sieri e li usano in dosi fino ad un cmc. Ballner, Decastello, Browing preparano il sistema emolitico con le emazie di bue, Detre col sangue di cavallo, Mslakowetz e Liebermann usano in luogo dell'ambocettore e del complemento il siero normale di porco.

Queste modificazioni alla metodica di Wassermann, e non sono tutte, hanno l'evidente scopo di semplificare; ma su di esse in blocco si può dire che la semplificazione si traduce, all'atto pratico, in una complicazione, perchè s'introducono elementi di cui nè la proprietà sono del tutto note, nè, quel che più monta, sono costanti. La reazione di deviazione del complemento così come è stata ideata da Wassermann, se pure spogliata della sua veste teorica primitiva, resiste agli innovatori e nella scelta degli elementi e nella metodica esatta: forse il giorno in cui da tutti gli istituti e laboratori si sperimenterà con lo stesso criterio, i resultati, valutati alla stessa stregua, non saranno tanto disparati come in qualche periodo di tempo è risultato dalla considerazione delle cifre portate dai varii autori.

Note di tecnica. — Il siero umano inattivato, privato cioè del complemento labile ed incostante nella quantità, s'è dimostrato in questa come nella forma più opportuna; esso però, mentre se usato dopo breve tempo dalla presa, dà reazioni talora incerte, quando sia rimasto per qualche tempo (non più di 3-4 giorni) in frigo, dà risultati decisi, quali sono proprii ad ogni singolo siero. La quantità da usare è 0.20 (0.10 se gli elementi si usano per metà).

Per *antigene* si possono adoperare le più varie sostanze od estratti di organi; tre tipi però hanno preso il sopravvento: estratto acquoso alcoolico di fegato eredo-sifilitico, di cuore di cavia e di cuore umano. Una lunga esperienza alla quale ho assistito nell'Istituto d'Igiene di Roma e recenti lavori mi hanno convinto che, paragonati agli estratti di cuore di cavia nei resultati, e per frequenza e per costanza e per nettezza di resultati, gli estratti acquosi di fegato eredoluetico sono da preferirsi. Boas sostiene è vero che l'estratto di cuore umano dà resultati positivi in percentuali maggiori che non l'estratto di fegato eredoluetico, ma soggiunge che l'estratto alcoolico deve essere preparato di recente, ogni settimana, per es. come si pratica nel suo istituto. Si tratta di vedere con antigeni di qual valore egli ha paragonato gli estratti alcoolici di cuore umano, perchè è cosa nota che, per avere un buon antigene, sotto forma di estratto acquoso, bisogna istituire numerosi tentativi, e, su cinque o sei estratti, solo uno risponde ai requisiti voluti, provato nella sua bontà per mezzo di numerosi sieri normali e sifilitici.

Per emolisina usiamo il siero di coniglio immunizzato con emazie di montone; le emazie di montone devono essere sempre fresche e lavate 3 volte, il complemento è siero fresco di cavia; la diluizione costante 1:10 risulta come la dose più opportuna sufficiente e non esuberante per attivare l'emolisina.

Le quantità sono ridotte alla metà delle dosi consigliate dal Wassermann: in totale 2 cmc. e mezzo invece che 5 cmc.; un'ora di termostato si lascia passare tra la prima parte della reazione e l'aggiunta della miscela emolitica, la lettura dei resultati è fatta non con un calcolo sistematico, ma guidati dai controlli positivi e negativi e dal controllo degli antigeni. Nell'apprezzamento dei risultati solo la deviazione completa o quasi, concorde con i varii antigeni ha rappresentato la Wassermann positiva.

A tale proposito però sono necessarie particolari dilucidazioni: il disaccordo fra i varii antigeni deve essere considerato con prudenza e con oculatezza; non sempre lo studioso di laboratorio può concludere per la specificità della W. R., guidato da quegli antigeni che si dimostrano ai suoi occhi più sensibili. Dalla nostra esperienza risulta

che alcuni antigeni, proprio nella loro squisita sensibilità, quale si può affermare coi controlli nel laboratorio, presentano il loro più grave inconveniente, e quella che sembra sensibilità maggiore può essere mancanza di specificità. Ricordo che uno degli antigeni da noi usati, che, pur dopo lunghi controlli erasi dimostrato uno dei migliori, potè essere provato nel confronto con altri e con casi clinici non specifico nelle reazioni, e quindi pericoloso.

Per chi adunque vuole resultati sicuri è necessario che ricerchi la bontà dei resultati *nell'accordo fra gli antigeni, e non nel disaccordo*: meglio è che sfugga alla indagire della reazione un sifilitico, che non si passi il pericolo grave di considerare come luetico chi di lues non è affetto. La squisita sensibilità dell'antigene invece è degna della maggiore considerazione, quand'esso, a differenza di altri, si dimostri capace di dare reazioni complete o incomplete in sifilitici curati.

Le deviazioni complete si mantengono tali, specie nell'inverno, per 24 ore e talora per 2 giorni e più. Un grave problema è sorto nell'animo nostro dinanzi alle W. R. dubbie secondo alcuni, positive con + secondo altri; davanti a quelle reazioni cioè in cui l'emolisi evidentemente ritarda, ma dopo un certo numero di ore (3-6 ore) essa diviene intensa, mentre rimane un piccolo deposito di emazie indisciolte nel fondo, e si mantiene nella colonna liquida un opacamento rispetto al controllo del siero stesso.

Considerare positive o negative queste reazioni modifica notevolmente i resultati finali percentuali e statistici della reazione stessa. Dopo non breve esperienza, ho riconosciuto utili i seguenti espedienti per risolvere il problema delle reazioni dubbie.

Reazioni dubbie. — Il siero viene rimesso in frigo e la reazione ripetuta dopo 3-4 giorni; non raramente ho veduto, con sieri certamente non alterati, reazioni dubbie divenire positive complete.

Se la reazione si mantiene ancora dubbia; l'ammalato viene sottoposto a lieve cura arsenicale, e ad una minima iniezione di salvarsan o di neosalvarsan, e la reazione è ripetuta dopo 15-20 giorni.

Quando infine a malgrado dei due espedienti la reazione è invariata, essa è stata variamente considerata a seconda del malato: in sifilitico a lungo curato, in sifilide antica curata in passato, la reazione avea il valore di reazione positiva ma lieve; in malarici, scarlattinosi, epatici con fegato grosso e anche in individui sani mai curati la Wassermann dubbia era considerata come negativa.

(*Continua*).

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOLOGIA.

I brividi.

(F. TAYLOR. *The Practitioner*, 1914, agosto).

Il brivido è un fenomeno organico consistente nel tremito o nello scuotimento di tutto il corpo e delle membra accompagnato o non dal battito dei denti. Esso più comunemente è determinato dall'esposizione del corpo al freddo, ma può verificarsi anche in alcuni stati morbosi ed accompagnare varî disturbi del corpo e della mente.

Le cause del brivido possono dividersi in tre gruppi:

1° irritazioni periferiche o stimolazioni: il freddo, il passaggio di un calcolo biliare o di un calcolo renale, la caterizzazione;

2° stati mentali: paura, fasi di eccitamento, collera, disturbi isterici o nevrotici di altra natura;

3° stati febbrili o tossici: l'inizio della febbre (pneumonite, scarlattina, malaria, febbre ricorrente), la esistenza di un focolaio settico, piemia, setticemia, endocardite maligna e talora anche febbre tifoide.

Se si analizza la forma più leggera e più comune di brivido si constata che esso consiste nella contrazione improvvisa quasi tetanica di un gruppo di muscoli del tronco, delle membra, della faccia, seguìta da leggere contrazioni cloniche di 2 a 4 vibrazioni, cui segue completo riposo.

Nel brivido più complesso causato da un freddo molto intenso, da un accesso di malattia infettiva, da un'irritazione alla cistifellea o all'uretere, le contrazioni muscolari sono più generali e più intense, i movimenti clonici più estesi e fino al punto da determinare movimenti del corpo, delle membra e della testa, mentre contemporaneamente i muscoli della mascella si contraggono rapidamente producendo il caratteristico battito dei denti. Questi accessi possono avere delle brevi pause, vanno rapidamente aumentando d'intensità e poi decrescendo per poi esaurirsi completamente in capo a dieci minuti fino a mezz'ora.

Non tutti i muscoli del corpo entrano in contrazione: per lo più sono quelli del tronco, del braccio, dell'avambraccio, delle coscie, delle gambe, del collo, della mascella; sembra che sieno sempre esclusi i muscoli degli occhi.

Il brivido è accompagnato quasi sempre da fenomeni, che fanno ritenere che esso non è una semplice connessione o un puro tremore. Anche quando non è provocato dall'azione del freddo esso è spesso accompagnato da una sensazione di freddo, da una contrazione dei vasi cutanei, da pallore della faccia, da raffreddamento delle estremità, delle dita, del naso e delle orecchie; la pelle può perfino assumere lo stato di cute anserina. D'altra parte la temperatura interna generalmente diventa alta e talora anche molto, per ricadere talora dopo poche ore con un profuso sudore. Tutto ciò dimostra che il brivido non è un fenomeno puramente neuro-muscolare, ma un fenomeno al quale probabilmente partecipano parecchi centri encefalici.

Il brivido occasionato dall'esposizione del corpo al freddo può paragonarsi a quello che segue all'uso degli antipiretici: molto probabilmente la perdita di calore dalla superficie cutanea prodotta dagli antipiretici agisce in modo analogo al freddo esterno.

Il brivido causato dal passaggio di un calcolo renale o biliare è accompagnato dal dolore, ma non è l'effetto di questo, perchè esso può verificarsi senza che ci sia il dolore, come ci sono delle coliche che non sono accompagnate da brividi.

Il brivido da paura è associato ad altri fenomeni, come il sudore che a dir vero è solo una perspirazione fredda, che non ha con il brivido nessun rapporto di causa ed effetto.

Più complessi sono i fenomeni motorî che accompagnano la collera: comunemente si dice di più «tremare di collera» che non «rabbrividire di collera». Certo si è che riesce difficile analizzare le azioni motorie che accompagnano la collera. Mentre il timore ed il freddo paralizzano la volontà, invece la collera eccita all'azione ed il tremore è complicato con movimenti volontari che sono spesso disordinati, irregolari e mascherano, se non fermano del tutto, i movimenti involontari che costituiscono il brivido.

Il brivido può infine accompagnare altri stati emotivi che non siano la paura e la collera: non è difficile riscontrarlo negli stati di ansia, di angoscia ed in varie fasi di eccitazione.

Per quel che riguarda le malattie tossi-infettive riesce assai difficile spiegare il meccanismo di azione delle tossine o dei microrganismi stessi nella produzione del brivido. Si sono sorprese alcune incidenze fra la manifestazione del brivido e lo stadio di sviluppo nel sangue dei microrganismi patogeni, come nella malaria e nella febbre ricorrente, ma non si è riusciti a spiegare come e perchè quelle determinate fasi evolutive del parassita provochino il brivido.

Non minori difficoltà s'incontrano per conoscere la essenza, la causa intima, le ragioni del brivido. Sorge innanzi tutto la quistione se si tratti di una convulsione o di un tremore, il che conduce all'altra quistione se i tremori e le convulsioni sieno disturbi fondamentalmente distinti.

Adamkiewicz ritiene che ogni specie di tremori, e con essi il brivido, sia di origine cerebrale. Egli fondandosi su dati clinici e sperimentali ammette che i centri motori del midollo ricevano impulsi dal cervello e dal cervelletto: quando l'azione del primo cessa o diminuisce, l'azione tonica del cervelletto prende il sopravvento determinando nei muscoli spasmo e tremori. Così nella paralisi progressiva, nel tremore senile, nel *delirium tremens,* nella sclerosi a placche, evidentemente i tremori sono in rapporto ad una lesione cerebrale centrale o delle vie piramidali.

Adamkiewicz ritiene che il brivido è una forma di tremore, dal quale si distinguerebbe solamente perchè determinato da una causa improvvisa e passeggera. Iniettando sottocute della neurina egli vide comparire una o due ore dopo, un brivido caratteristico non accompagnato da aumento della temperatura. Analogamente si dovrebbe ammettere che il brivido delle malattie infettive sia in rapporto con un avvelenamento dei centri cerebrali.

Gordon Holms invece ha dimostrato che il tremore nelle malattie organiche del sistema nervoso è in rapporto ad una lesione del cervello medio e propriamente del sistema cerebello-rubro-spinale. Secondo Holmes questo sistema esercita normalmente un'influenza inibitrice sugli impulsi motori, per modo che la soppressione o la diminuzione della sua funzione produce una prevalenza del sistema piramidale, donde il tremore.

Anche Kinner Wilson ritiene che il tremore sia in rapporto ad un aumento dell'azione delle vie piramidali per soppressione o deficienza del sistema antagonista, tanto che esso non si ha quando il fascio piramidale sia molto compromesso.

Peluár ha recentemente trattato ampiamente la quistione dei tremori, distinguendone le seguenti varietà: tremori fisiologici, tremori do-

vuti ad eccitamento psichico, a debolezza o irritazione dei nervi sensitivi, tremori tossici, tremori dell'anemia, eclampsia, diabete, gotta, artrite reumatica e sifilide, tremori da nervosismo, neurastenia, isterismo, morbo di Basedow, paralisi agitante, delle malattie organiche del sistema nervoso comprese la sclerosi a placche ed i tumori cerebrali, tremore idiopatico congenito familiare ed ereditario, tremore da cause meccaniche.

Il tremore per irritazione dei nervi sensitivi, ossia quello per freddo, per ferite dolorose, per caterizzazioni, sarebbe il brivido. Analogamente il Peluár ritiene che il brivido della pneumonite, della malaria o di qualsiasi altra febbre, abbia la sua origine in un'eccitazione dei nervi periferici.

L'A. osserva che effettivamente la causa prima del brivido debba attribuirsi alla circolazione nel sangue di un tossico, che può irritare sia parti centrali, che i nervi periferici sensitivi. Ad ogni modo resta sempre inspiegato il meccanismo patogenetico del disturbo.

Peluár divide i tremori tossici in tre gruppi:

1° tremore semplice: che deve riguardarsi come un'esagerazione del tremore naturale fisiologico, che è insito ad ogni movimento muscolare; e questa esagerazione è probabilmente in rapporto ad una debolezza neuro-muscolare;

2° tremore cerebrale: caratterizzato da impulsi motorî irregolari, sia ai singoli muscoli, sia a gruppi di muscoli; in questo caso evidentemente si tratta di una combinazione delle prime forme di tremori con movimenti involontari, che assumono il carattere di vere convulsioni cloniche; esempi di questi tremori sono quelli dovuti ad avvelenamento alcoolico, da piombo, da mercurio, da ossido di carbonio, da atropina, da stricnina, ad auto-intossicazione dei fanciulli;

3° tremori a forma isterica con grandi movimenti dell'intero corpo e delle estremità: sono dovuti ad avvelenamento mercuriale, da solfuro di carbonio, da alcool e da ossido di carbonio.

Gordon Holmes lamenta che il termine tremore è usato spesso impropriamente; egli definisce il tremore un fenomeno clinico consistente nell'oscillazione involontaria di qualunque parte del corpo intorno a qualunque piano, regolare o irregolare per numero ed ampiezza, e dovuta all'azione alternata di gruppi muscolari e dei loro antagonisti. Un tremore può essere semplice o composto a seconda che le oscillazioni sono determinate da un solo o più gruppi muscolari e dei loro antagonisti.

Kinner Wilson definisce il tremore una contrazione regolare ritmica alternante di gruppi muscolari e dei loro antagonisti.

Peluár lo definisce un movimento di un'articolazione o di un gruppo sinergico di articolazioni, che è involontario, rapido, sufficientemente regolare, persistente, che non stanca materialmente l'organismo e non impedisce alla parte in oscillazione di mantenere la voluta direzione in ogni movimento. I movimenti quindi di un muscolo che non determinano movimenti di articolazione (miokimia), nè le contrazioni fascicolari e fibrillari rientrano nel gruppo dei tremori; come non sono tremori l'atetosi, la corea e i tics.

Una questione molto dibattuta e di ancora incerta soluzione è quella riguardante la classificazione del brivido: alcuni ritengono che il brivido sia un tremore, altri una convulsione. Per quanto si è finora detto parrebbe che il brivido non sia altro che un tremore di origine tossica. Pur tuttavia bisogna notare che la volontà non ha alcuna influenza sul brivido, mentre con i movimenti volontari, e ciò prova ancora la influenza delle vie piramidali, i tremori si intensificano o si mettono addirittura in evidenza. D'altra parte nel sonno ogni tremore cessa, mentre il brivido può sopravvenire quando l'individuo è addormentato. Il brivido ha pure molti caratteri dei movimenti convulsivi, sopra tutto il carattere accessionale.

I bambini non hanno nella febbre brividi e si è voluto trovarne la spiegazione nel fatto che la febbre nei bambini scoppia non raramente con convulsioni generali. Le convulsioni piglierebbero il posto del brivido ed avrebbero perciò lo stesso significato. Nel bambino la convulsione è più ampia, generale con abolizione delle funzioni cerebrali, nell'adulto sarebbe più limitata, non abolirebbe la coscienza ed assumerebbe la forma del brivido.

In quanto alla localizzazione dell'alterazione nervosa che produce il brivido è ovvio pensare che se lo si considera come un tremore la lesione tossica trovasi nella regione del talamo e del nucleo rosso, se invece lo si considera come una convulsione si tratta evidentemente di una irritazione dei centri motori corticali.

In quanto alle ragioni del brivido, ossia alla sua importanza per la difesa dell'integrità dell'organismo, nulla si sa. Si è detto che il brivido avrebbe lo scopo di aumentare con le contrazioni muscolari le sorgenti di calore, ma pure ammettendo che tali contrazioni possano fornire calore non si darebbe con ciò una ragione del fenomeno nelle forme di brivido che non sono prodotte da freddo. L'A. ritiene che il brivido

sia un fenomeno atavico, rudimentario, trasmessoci dalle specie inferiori. Al riguardo egli ricorda quella speciale sensazione molto piacevole che alcuni individui sentono lungo il dorso dal collo al sacro quando ascoltano musica gradita, che può rassomigliarsi al sollevarsi del pelo del dorso del cane e del gatto quando ascoltano suoni strani; e un'altra curiosa sensazione di sollevamento della cute del perineo davanti ad una scena disgustosa, che può paragonarsi all'atto che fa il cane col mettersi la coda tra le gambe quando ha paura.

Il brivido ha una importanza non trascurabile per la diagnosi delle malattie da infezione e forse anche per la diagnosi dei calcoli biliari e renali.

Per quel che riguarda la cura del brivido bisogna dire che essa è puramente sintomatica: noi non sappiamo se nel brivido della febbre l'applicazione del caldo all'esterno e la somministrazione delle bevande alcooliche contribuiscano a far cessare il brivido, ma è certo che con questo trattamento il paziente prova un senso di sollievo.

DRAGOTTI.

MEDICINA D'INFORTUNI.

Arteriosclerosi ed infortuni.

Una delle quistioni più intricate e che si presenta di più difficile soluzione è quella riguardante il rapporto tra arteriosclerosi e infortuni.

Non è dubbio che l'arteriosclerosi, questa malattia così frequente nei lavoratori che abbiano oltrepassati i 50 anni, può essa stessa essere la causa d'infortunio per le vertigini che colpiscono coloro che ne sono affetti. Essa può d'altra parte aggravare e prolungare le lesioni chirurgiche per disturbi della circolazione locale, per insufficienza della funzione cardiaca e della funzione renale, fatti tutti che ritardano i processi di riparazione cicatriziale e della consolidazione delle fratture.

È infine ammesso, per quanto non ne sia stata data finora una sicura dimostrazione anatomopatologica, che un trauma sia esso fisico o psichico può aggravare un processo arteriosclerotico preesistente.

Per lo più in questi casi il trauma turba l'equilibrio instabile della circolazione provocando disturbi funzionali, che il più delle volte scompaiono in breve tempo, ma che talora per meccanismi psichici di varia natura permangono rendendo definitivamente inabili gli infortunati.

Un infortunio infine può negli individui arteriosclerotici determinare la emorragia cerebrale.

Ma la quistione sulla capacità di un trauma a produrre l'arteriosclerosi in individui precedentemente immuni da qualsiasi lesione vasale non è stata finora risolta.

Oppenheim per il primo ammise la possibilità che un infortunio potesse provocare un processo arteriosclerotico, basandosi sul fatto che i disturbi d'innervazione vaso-motoria, generalmente ritenuti come una delle cause della lesione vasale, sono molto frequenti nei traumatizzati.

Goldscheider riferì un caso da lui osservato lungamente, nel quale parve dimostrato lo sviluppo di un'arteriosclerosi in conseguenza di un infortunio.

Rivalta ha nella sezione medica di questo giornale pubblicato nel 1907 un caso analogo.

Sono però fatti isolati e molto rari nei quali ad ogni modo la concatenazione di cause ad effetto non è molto evidente sopra tutto per il fatto che lo stato preesistente dei soggetti non era sufficientemente noto.

Ed in ciò sta appunto la difficoltà di stabilire un nesso etiologico fra traumi ed arteriosclerosi. Se se ne eccettua il caso del Rivalta, nel quale il paziente non aveva alcun interesse a nascondere la verità, nei casi che capitano nella pratica ordinaria si tratta di traumi indennizzabili, si tratta cioè d'individui che coscientemente o incoscientemente hanno tendenza ad attribuire al trauma tutti i loro malanni.

D'altra parte noi conosciamo ben poco della patogenesi dell'arteriosclerosi e riesce quindi assai difficile stabilire il meccanismo col quale l'infortunio provocherebbe la lesione vasale.

Rumpf al Congresso internazionale per gli infortuni di Düsseldorf accennò alla possibilità di un rapporto diretto tra trauma e arteriosclerosi mettendo in rilievo il fatto che nei traumatizzati non è difficile constatare un aumento progressivo della pressione arteriosa.

In una recente riunione della Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Versicherungsmedizin egli è ritornato sull'argomento ed ha riferito su due casi che, a suo modo di vedere, dimostrerebbero la produzione di un'arteriosclerosi locale in conseguenza di un infortunio.

Il primo caso riguarda un minatore di 52 anni che in seguito ad un grave trauma cefalico ebbe commozione cerebrale. Egli non ebbe vomito, nè emorragia dal naso e dall'orecchio, nè ematoma sottocongiuntivale; mancò inoltre qualsiasi fenomeno a carico dei sensi specifici.

Dimesso dall'ospedale riprese il suo lavoro, ma lamentò sempre una sensazione dolorosa al capo e una tendenza alle vertigini. Questi ultimi disturbi aumentarono progressivamente, senza che si potesse mai mettere in evidenza una lesione labirintica, e fino al punto che il pa-

ziente tre anni dopo l'infortunio dovette abbandonare il lavoro.

Da questo momento l'infortunato fu frequentemente visitato dal Rumpf che ebbe a constatare un aumento progressivo della pressione arteriosa, una certa vivacità dei riflessi tendinei, un acceleramento del ritmo cardiaco: per il resto l'esame somatico era negativo. Il sintomo morboso più importante era un certo disturbo dell'equilibrio sopra tutto nell'andatura.

Il giudizio su questo caso sia per la diagnosi, sia per l'eventuale rapporto della malattia col trauma non era facile.

Il fenomeno morboso più importante era il caratteristico barcollamento nell'andatura, fatto che faceva supporre un disturbo cerebellare. L'esame otoiatrico faceva escludere una lesione labirintica.

Il Rumpf pensò ad una lesione del cervelletto sopravvenuta dopo l'infortunio tenuto presente che le indagini più acurate fecero escludere che il paziente prima del trauma avesse sofferto fenomeno vertiginosi, e fecero escludere altresì l'alcoolismo e la sifilide. L'A. perciò concluse che la malattia, per quanto la diagnosi non fosse sicura, si doveva mettere in conto dell'infortunio.

Il decorso ulteriore della malattia fu variabile: vi furono periodi di remissione e di accentuazione dei disturbi. Nell'aprile 1913 il disturbo dell'equilibrio si accentuò e si manifestò contemporaneamente uno stato malinconico: l'infermo poco dopo si tolse la vita annegandosi.

All'autopsia fatta dal prof. Loeschke si trovarono i seguenti fatti interessanti in rapporto al quadro clinico: Sulla base del cranio e propriamente nella fossa anteriore di destra si notava una cresta ossea sporgente che decorreva obliquamente e irregolarmente fino alla sella turcica e pareva essere la cicatrice di un'antica frattura ossea; le arterie della base del cervello erano apparenti completamente lisce e senza tracce di aterosclerosi, ad eccezione *dell'arteria profunda cerebri* la quale presentava una considerevole infiltrazione calcarea; il lume vasale era però ancora permeabile; si trovò inoltre nella aorta qualche traccia di deposito calcareo e nei vasi coronari qua e là degenerazione grassa ed infiltrazione calcarea.

Il Rumpf ritiene che l'esame anatomo-patologico ha spiegato completamente il caso. Il paziente nel 1906 riportò una frattura della base del cranio, che non potette essere diagnosticata, perchè non produsse alcuna lesione dei nervi cerebrali e non determinò emorragie esterne; ma si verificò invece un'emorragia sotto la dura madre della base del cranio, la quale ebbe per conseguenza l'ispessimento della dura madre stessa e del tessuto osseo. Si deve pertanto ammettere che l'arteriosclerosi dell'arteria cerebrale si sia verificata come una propagazione del processo dalla dura madre.

Il secondo caso riguarda un soggetto di 35 anni che in seguito ad una caduta dall'altezza di 10 m. riportò una grave lesione al capo con commozione cerebrale e lussazione del piede sinistro; residuò una completa emiplegia sinistra. In questo stato rimase per 9 anni, cominciarono poi gravi accessi vertiginosi, cefalee intense, deliquî ed infine accessi epilettici, in uno dei quali avvenne la morte. All'autopsia oltre i residui di un'emorragia della capsula interna di destra, si trovò che tutte le arterie del cervello erano molto serpiginose ed inspessite con macchie giallastre e depositi calcarei nell'intima; le stesse alterazioni si notarono nelle coronarie; nell'aorta le lesioni erano poco accentuate e poco diffuse. Si rilevò infine dilatazione del cuore con degenerazione grassa, e raggrinzamento renale.

Questo caso, nota il Rumpf, non è così chiaro come il precedente, però deve essere considerato come caratteristico il fatto che come conseguenza di un'emorragia cerebrale tutte le arterie del cervello diventano ateromatose, mentre l'aorta e le coronarie presentano solo minime alterazioni.

Questa limitazione del processo fa ricordare un'analoga osservazione del Bernard, che dopo una forte contusione della spalla vide svilupparsi una grave arteriosclerosi.

Ad ogni modo, aggiunge lo stesso Rumpf, il numero dei casi nei quali si potette legittimamente pensare ad un nesso etiologico tra trauma ed arteriosclerosi è ancora molto scarso.

Hübner alla stessa riunione ha comunicato il caso di un uomo di 55 anni nel quale dopo una leggera commozione cerebrale si verificarono fenomeni vertiginosi, disturbi motori passeggeri, poi paralisi permanenti ed infine la morte: probabilmente in questo caso il trauma aggravò semplicemente l'arteriosclerosi cerebrale preesistente.

Anche Dietrich esprime l'opinione che l'arteriosclerosi non possa essere provocata da un trauma ma solo aggravata.

Schrakamp anche egli esclude la possibilità di un'arteriosclerosi traumatica, ma ammette che la lesione vasale possa essere aggravata da un infortunio. In questi casi la quistione teorica della etiologia dell'arteriosclerosi diventa oziosa perchè il più delle volte il trauma aggravando il disturbo vasale provoca dei disturbi che fino a quel momento non si erano manifestati e che forse non si sarebbero mai manifestati se l'infortunio non avesse rotto l'equilibrio instabile della circolazione, o provocata la rottura di un vaso la cui parete era precedente-

mente lesa. In questi casi riesce assai difficile stabilire se e quando i disturbi provocati dall'infortunio si sarebbero determinati se esso non si fosse verificato.

Lenzmann nota che nel primo caso riferito da Rumpf non si può parlare a rigore di termini di arteriosclerosi. Infatti l'induramento e la calcificazione dell'*arteria profunda cerebri* in quel caso non ha nulla di caratteristico, essa è dovuta certamente ad un semplice processo infiammatorio propagatosi dal di fuori. Quantunque praticamente il risultato di questo processo è lo stesso di quello dell'arteriosclerosi, pure esso è sostanzialmente diverso dal processo sclerotico dell'ateromasia vasale. Il caso del Rumpf quindi non porta alcun contributo alla risoluzione del problema.

Anche Cossmann dubita che si sia trattato veramente di arteriosclerosi, sopratutto tenuto conto del fatto che l'arteriosclerosi è finora considerata come una malattia generale delle arterie.

Rumpf rispondendo alle varie obbiezioni fa presente che anche egli aprioristicamente non è propenso ad ammettere un nesso etiologico tra trauma ed arteriosclerosi, pur riconoscendo che questa possa aggravarsi in seguito ad un infortunio.

Ad ogni modo egli non può consentire nel giudizio che nel suo caso la lesione arteriosa non corrisponda al processo tipico dell'arteriosclerosi. Secondo lui i processi che conducono a quest'affezione sono in parte infiammatorî ed in parte degenerativi e per lo più il loro punto di partenza è nella media e nell'avventizia; le lesioni dell'intima sono affatto secondarie. Nessuna meraviglia quindi che nel caso in quistione il processo iniziatosi nel tessuto circostante al vaso si sia diffuso all'avventizia e di qui a tutta la parete vasale. Ed il meccanismo di questa propagazione si spiega facilmente quando si consideri che la calcificazione è insieme l'effetto e la causa della infiammazione e della degenerazione vasale. Dragotti.

MEDICINA DI GUERRA.

Appunti di chirurgia di guerra.

V. Czerny (« Berlin. klin. Woch. », 1914, numero 40, « Serate di medicina militare della Società di medicina e storia naturale di Eidelberga ») parla dell'*organizzazione dei servizi sanitarî.*

Sarebbe desiderabile che ogni 50 ammalati, durante il trasporto, vi fosse un infermiere ed una suora e in ogni treno un medico e che i vagoni fossero uniti con piattaforme, dimodochè il medico stesso potesse passare, anche durante il viaggio, da un vagone all'altro.

Kurz dice doversi provvedere pure a che in ogni vagone fossero stabilite delle latrine, poichè questa mancanza, come il giacere su paglia sola, paglioricci o materassi, contribuisce a far sì che i feriti giungano a destinazione in condizioni poco favorevoli.

Jagemann sarebbe d'opinione che nelle stazioni principali si stabilissero locali per il pernottamento dei feriti leggeri e che si prolungassero le fermate dei treni in modo da poter rinnovare la medicazione dei feriti. Altri preferirebbero aumentare il più possibile la velocità dei treni e abbreviare le fermate in modo da ridurre la durata dei trasporti, oppure, dividendo i feriti in gravi e leggeri e migliorando i mezzi di alloggio improvvisato per questi, non rendere necessario il trasporto a così grande distanza.

***

Wölcker parla della *cura del tetano,* fermandosi sull'applicazione della *antitossina.* Dice che le iniezioni subdurali sembrano costituire il metodo migliore; il trattamento troppo forte o prolungato può dar luogo a gravi inconvenienti. L'impiego del solfato di magnesia cagiona talvolta delle spiacevoli complicazioni specie per turbe del centro respiratorio.

L'O. accenna poi al metodo Baccelli delle iniezioni di acido fenico Altri parlano delle iniezioni intraarteriose dell'antitossina. Secondo la raccomandazione di Behring, questa, polverizzata, viene sparsa sulle ferite stesse.

***

È stato provato (« Münch. med. Woch. », 1914, n. 37, « Militärarzt », n. 17) che nei casi in cui vi sia molta scarsezza dei mezzi di medicazione, le *filacce,* anche provenienti da vecchie biancherie, una volta sterilizzate coi mezzi comuni, sono prive di germi e riescono molto utili. Si raccomandano per la loro elasticità, morbidezza e potere assorbente dei secreti delle ferite; la loro preparazione può costituire un importante modo e mezzo di impiego dell'opera di donne e ragazzi (1).

(1) Siccome questo materiale, che oggi sappiamo opportunamente utilizzare, sarebbe relativamente facile a procurarsi, poichè già nei tempi andati la sua preparazione formava l'oggetto di pietosa cura da parte delle caritatevoli donne, parrebbe buona cosa che, in caso di bisogno, fin dagli inizi di una campagna, si organizzasse su larga scala la produzione di esso, tanto più che, dato l'enorme e generale consumo di materiale di medicazione, facilmente potrebbe venir a scarseggiare quello usualmente adoperato. (*N. del Tr.*).

***

Von Kryger (« Münch. med. Woch. », 1914, pagina 40; Società medico-militare di Erlangen) riferisce sullo *stato delle ferite dopo la prima medicazione*. Semplici fori e lesioni delle parti molli, con medicatura asciutta di garza jodoformica o balsamo del Perù, presentavano in generale buona apparenza. Fratture da colpi di fuoco, per lo più meno favorevole aspetto; piene di sangue e secrezione. Nelle lesioni gravi del bacino e del femore le medicazioni sembravano insufficienti; per lo più la spalla e l'omero non erano compresi nella fasciatura, e nella frattura del femore gli apparecchi gessati erano spesso poco resistenti. La stecca del Volkmann basta solo per le lesioni della gamba e ginocchio.

Nel trattamento ulteriore, presso il riparto stabilito nella Clinica chirurgica, si medicarono le piccole ferite con garza iodoformica o balsamo del Perù, fissando la medicatura con collodio.

Nelle grandi ferite secernenti, pulizia, controaperture, tamponamento con garza iodoformica. Raramente tornano acconcie medicature umide in infiammazioni acute. Le gravi fratture del femore si immobilizzano con un grande apparecchio formato di stecche, che va dall'arcata costale fino ai malleoli; a tale scopo si impiegano 3-4 stecche di legno, lunghe 3-4 dita e spesse un centimetro.

Questo apparecchio permette il trasporto quasi senza dolore; la medicatura, se occorre, può essere cambiata praticando una finestra; solo se la ferita è esterna, dove vi è la stecca, sarà necessario cambiare il tutto con maggiore frequenza. Fin che è possibile, cura conservativa; solo se la lesione sanguina molto o nelle forme settiche gravissime, amputazione in primo tempo. Fratture da colpi di fuoco del braccio si fissano col triangolo di Mitteldorf, immobilizzando spalla e gomito. Semplici fratture del femore, con ferite a canale, vengono trattate con apparecchi ad estensione; quelle del braccio con triangolo, o, se sono al 3° medio, con semplici stecche di cartone.

Proiettili vennero tolti, quando ciò era possibile con facilità; si evitarono a tale scopo grandi atti operativi, se non erano proprio necessari.

Kreütner parla delle sue osservazioni a proposito della *medicazione dei feriti durante le soste dei treni nelle stazioni intermedie*. In alcuni casi le ferite non avevano potuto esser medicate da molti giorni, in alcuni treni di feriti la medicazione non poteva procedere soddisfacentemente, in altri invece gli apparecchi gessati già applicati erano in grado di sostituire la medicazione stabile, dopo essersi assicurati coi raggi Roentgen della giusta posizione dei frammenti.

La tendenza delle fratture a consolidarsi è molto grande. Le ferite del torace, anche con offese del polmone, decorrono in generale senza sofferenze. Spesso si ebbero lesioni di tronchi nervosi.

Circa all'allontanamento dei proiettili, esso è necessario se vi è molto dolore e secrezione purulenta, si impone sovente nelle ferite da scheggie di granata o pallottole di shrapnell.

***

Kahane M., nella « Wiener klin. Woch. », n. 36, fa le seguenti *proposte circa all'organizzazione del servizio delle specialità in guerra*. Oltre alla cura delle ferite è necessario in guerra anche prestare ai malati cure proprie delle varie specialità. Sarebbe utile che nelle più grandi città, si organizzassero dei servizi per mezzo degli specialisti e degli istituti ivi esistenti. A questi, quando i sanitari degli ospedali lo richiedessero, dovrebbero esser affidati gli ammalati oppure si dovrebbero chiamare dei consulti o mandare gli ammalati stessi agli ambulatori. Per mettere in pratica questi progetti occorrerebbe una speciale organizzazione dei medici specialisti (1).

***

Dalle *Lettere dal campo* del consigliere aulico Lange (« Münch. med. Woch. », 1914, n. 37), desumiamo alcuni suggerimenti sul *trattamento delle ferite*. Buona disinfezione delle mani, data la moltitudine dei feriti, è impossibile. L'A. così procede:

Durante la medicazione, porta guanti di gomma, tocca la medicazione solo colle forbici e pinze; per ogni ammalato, strumenti bolliti. Risultati ottimi.

Ha molta importanza l'accurata immobilizzazione delle ferite articolari.

(1) Sembrerebbe questa proposta degna di studio per il caso di mobilitazione, particolarmente riferendosi alla cura dei feriti e ammalati nell'interno del paese, cioè negli ospedali territoriali. Essendo poi sempre l'intervento di specialisti civili subordinato alla richiesta dei medici militari, non si darebbe luogo a possibili attriti, comunque dannosi, e ne risulterebbe vantaggio per gli ammalati. Inoltre in certi casi l'opera degli specialisti stessi sarebbe necessaria poichè quelli tra i medici militari che con competenza si occupano delle specialità, saranno probabilmente impiegati nelle zone più avanzate e in ogni modo non basteranno, per il numero, rispetto alla mole del lavoro. *(N. del Tr.)*.

Dopo 2-3 giorni dall'applicazione delle stecche scomparvero febbri molto elevate (39°-40°). Ancor meglio servirono apparecchi di gesso fenestrati, specie durante i trasporti, diminuendo il dolore. Il numero delle operazioni eseguite fu minore di quanto si potrebbe supporre ed ha maggior importanza la parte ortopedica e in special modo la buona applicazione degli apparecchi.

***

J. Volkmann nella «Münch. med. Woch.», 1914, n. 37, riporta alcune *esperienze di chirurgia di guerra a proposito delle ferite prodotte da freccie lanciate come proiettili.* È accaduto all'A. di esser colpito improvvisamente, durante una sosta del reggimento, insieme a parecchi altri da freccie lanciate da aeroplani che volteggiavano a grande altezza. Le ferite non furono gravi, ma sul primo momento dolorose.

Le freccie pesavano 16 grammi, erano lunghe circa 16 cm., di acciaio, presso a poco dello spessore di 8 mm. Il loro 3° inferiore è pesante, colla punta assottigliata a guisa di ago, mentre la parte superiore porta ai lati 4 lamine, cosicchè producono lesioni a forma raggiata.

P. ZANUTTINI.

Potabilizzazione dell'acqua in campagna.

(FR. CRONER. *Deuts. Med. Woch.*, 10 sett. 1914)

Dopo aver accennato alla grande importanza che ha l'inquinamento delle acque potabili nell'etiologia delle infezioni castrensi, l'A. si sofferma sulle difficoltà che presenta il problema di fornire alle truppe in campagna una quantità sufficiente di acqua sicuramente sterile.

Come sospette infatti sono da considerarsi tutte le acque che scorrono all'aperto (laghi, fiumi, stagni), e non si può neppure esser sicuri delle acque di fonte, perchè possono in esse pervenire delle infiltrazioni di acque di scolo infette. Sono pure da sconsigliarsi le cisterne per gli stessi motivi.

Si può quindi fidarsi solo delle acque di falda profonda, prese con speciali precauzioni, mettendo in opera i noti sistemi (Norton, ecc.).

In tutti gli altri casi l'acqua, prima di esser distribuita, deve essere sterilizzata.

Per ottenere tale sterilizzazione l'A. ricorda i varii mezzi a cui si ricorre comunemente. Così i filtri di porcellana individuali, poco pratici per la loro fragilità e perchè sono tutt'altro che sicuri.

I filtri di porcellana a candele di grande formato, capaci di dare un rendimento di 75 a 120 litri d'acqua all'ora, anch'essi però non assolutamente sicuri, specialmente dopo qualche tempo da che si usano, facilità a guastarsi, e molto pesanti.

L'uso di mezzi chimici, che presenta sempre la difficoltà dell'incertezza del grado di concentrazione col quale devono essere adoperati e del tempo che deve trascorrere dopo fatta la miscela perchè avvenga la completa uccisione dei germi patogeni: e tutto ciò unito all'altro inconveniente della necessità di dover aggiungere all'acqua sterilizzata chimicamente, altre sostanze che ne correggano il cattivo sapore, che la renderebbe imbevibile.

In conclusione il mezzo più sicuro e scevro di inconvenienti rimane sempre l'ebollizione per 5-10 minuti, ed il dott. Fr. Croner descrive uno speciale ebollitore da campo costruito da Rud. A. Hartman ed anche da altre case tedesche, del quale l'esercito germanico è largamente provvisto.

In esso l'acqua attinta da una qualunque sorgente passa da prima in un mezzo filtrante, e di poi giunge in un recipiente ove, bollendo, è liberata da qualsiasi germe. Di qui scorre in un apparecchio refrigerante in cui vien riportata alla temperatura primitiva, e nel refrigerante stesso viene aereata con aria sterile.

Frattanto l'acqua che servì al refrigerante, già fortemente riscaldata, giunge a sua volta nell'ebollitore.

Prima dell'uso, l'apparecchio viene sterilizzato in tutte le sue parti col vapore.

Il rendimento è da 500 ad 800 litri di acqua sterilizzata all'ora, ma vi è annesso un serbatoio che trasporta una maggior quantità di acqua già sterile.

Il peso di tutto l'insieme, compreso il veicolo che lo porta non supera i duemila kilogr., e può venir trainato da due cavalli.

Per i reparti di truppa minori (un battaglione ed anche una compagnia) che debbano agire isolatamente, si costruiscono apparecchi più piccoli, capaci di dar 100 litri di acqua all'ora e del peso non superiore ai 45 kilogr., tanto che possono facilmente esser portati sui carri di sanità. Tali apparecchi ridotti sono anche scomponibili in due parti del peso di 22.50 kgr. ciascuna, non ingombranti e quindi, ove occorra, facili ad esser trasportate da due uomini

G. MENDES.

Pubblicheremo prossimamente:

CAMPANI, *Il dolore testicolo cordonale.*

DE CASTRO, *Su di un caso di parotite epidemica unilaterale.*

AMORELLI, *Un caso di malattia del Parkinson.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Echi del Congresso di Medicina interna.

RUMMO G. *Terapia delle febbricole.* — Richiama l'attenzione dei congressisti sulla curabilità delle febbricole setticemiche polimorfe (febbricola melitense, paratifica, ecc.); di quelle forme cioè le quali sono differenziabili mercè culture dal sangue e mercè i risultati delle sierodiagnosi. Il metodo intende dominare le forme note di febbricole polimorfe e solo qualche forma criptogenetica quando questa non si collega ad agenti speciali e diversi e specialmente alla infezione tubercolare.

Il metodo, molto semplice, consiste nella somministrazione della chinina a forti dosi per via interna a cicli di 10 giorni ciascuno; spesso un solo ciclo di cura è sufficiente a dominare febbri a lungo decorso, qualche volta però sono necessari il 2° ed il 3° ciclo. Con questo metodo la febbricola in precedenza ostinata e persistente si abbassa e scompare in breve volger di tempo. Nessuno dei casi così trattati (e sono parecchi) è stato pubblicato; il metodo è ancora in applicazione e i **risultati sono** sempre costanti. I casi così curati sono stati in precedenza ben controllati con le indagini di laboratorio; la sierodiagnosi con la cura subisce anch'essa una attenuazione, la febbre scompare gradatamente e nel 60 % avviene la guarigione.

Probabilmente in questi casi il chinino non agisce da elemento specifico, ma esplica la sua efficacia creando nel sangue, per il suo potere antisettico, un ambiente antitossico non adatto alla vita del parassita.

È importante in questo metodo la somministrazione della sostanza non per via ipodermica od endovenosa, ma per via gastrica. Difatti mentre per la prima si ha un rapido assorbimento ed una rapida eliminazione del medicinale, per la seconda, tanto l'uno che l'altra sono molto più lenti e il potere antitossico nel sangue diviene per tal modo più duraturo e quindi più efficace. Il metodo per tanto più facilmente risponde per quanto la forma è più acuta e per quanto si tratta di casi iniziali. Nel 1° mese d'infezione i risultati sono più sicuri.

La dose del chinino non deve essere inferiore ad 1 grammo al giorno in 4-5 cartine e spesso può raggiungere anche 1 grammo e mezzo. Il chinino bisogna darlo nel periodo del massimo abbassamento termico; prima dell'elevazione quotidiana della temperatura, oppure nel periodo della apiressia. In questo modo per via ipodermica dovrebbero farsi molte iniezioni ogni giorno perchè si possa avere con una certa costanza nel sangue la quantità di chinino necessaria. Per via interna, invece, il chinino comincia a circolare già nel sangue nel momento iniziale dell'elevazione termica; si snatura in tal modo la caratteristica di questa e poi si ha la depressione termica finale. Vi sono dei casi però che resistono al 1° ciclo e allora, dopo un periodo di riposo della durata di 4-5 giorni, si ripiglierà il 2° ciclo. Si sorveglierà nel contempo la funzione antitossica del fegato e lo stato del rene.

Alcuni casi, come si è detto, resistono; si tratta però in molti di essi di forme criptogenetiche ad etiologia ignota e spesso di natura tubercolare.

QUEIROLO G. B. *Terapia chininica delle infezioni tifiche.* — La comunicazione del prof. Rummo sui benefici da lui ottenuti recentemente con la cura delle infezioni intestinali con la somministrazione di chinino per via orale, fatta giornalmente, offre all'O. la occasione di ricordare che una cura chininica, per via ipodermica, metodicamente attuata durante tutta la malattia, egli ha felicemente esperimentata, fino da tre anni fa, sui soldati ammalati di infezioni tifiche provenienti dalla Libia ed accolti in numero di oltre mille nella Clinica di Pisa, durante l'anno 1912.

Dei felici risultati ottenuti egli ha reso conto nella lezione di chiusura al corso di clinica medica del 1913.

L'O. sottopose tutti indistintamente gli ammalati di infezioni tifiche ad una terapia chininica ipodermica: ed ebbe a curare così forme lievi, forme di media intensità e forme gravissime: di queste ultime ne ebbe un numero cospicuo, ed alcune veramente imponenti per gravità.

Le stesse cause che hanno determinato nei soldati la infezione, ne hanno spesso pure reso più grave il decorso.

Si tratta di un complesso di condizioni morbigene che agiscono sui soldati in tutte le campagne di guerra, dovunque si svolgano, in Europa o nelle colonie, e sono rappresentate dai disagi e dalle fatiche degli accampamenti e delle marcie: dalle differenti condizioni di clima e di temperatura alle quali, senza la possibilità di convenienti ripari, i soldati sono esposti di giorno e di notte: dalle condizioni igieniche inevitabilmente cattive degli accampamenti, dalla alimentazione diversa dalla usuale ed a pasti irregolarmente e spesso a lunghissimi intervalli distribuiti, dalle acque spesso insufficienti ed impure, dallo stato di tensione nervosa nella

quale il soldato si trova nella vigile attesa di improvvisi fatti d'arme, dalle profonde emozioni che nell'animo del soldato suscitano la battaglia ed il tragico spettacolo della morte e delle sofferenze dei feriti.

Negli ammalati della Libia i fenomeni tossici ebbero una notevole intensità in confronto dei sintomi locali: il bacillo dei tifo studiato in parecchi di questi ammalati non rivelò particolarità biologiche essenzialmente diverse da quelle degli stessi germi delle nostre regioni.

La mortalità in questi tifosi è stata minima: uno solo avviato alla guarigione, volse rapidamente a morte per perforazione dell'intestino, alla cui determinazione contribuì certamente un disordine dietetico, clandestinamente fatto dall'ammalato: tutti gli altri guarirono, alcuni dei quali presentarono in qualche giornata fenomeni di tale imponente gravità, da fare dubitare, ormai, della possibilità della guarigione.

In tutti questi ammalati, oltre alle comuni cure igieniche e sintomatiche l'O. praticò una cura metodica chininica: faceva giornalmente 2-3 iniezioni di 50 centigr. di bicloridrato di chinina: ed una tale pratica durò variamente 15-20-30 giorni, ed in qualcuno anche più.

Inconvenienti e, tanto meno, danni, da questa pratica non ne derivarono mai: e la benefica influenza del rimedio, specialmente sulle manifestazioni tossiche, apparve spesso evidente; i risultati furono così felici da superare i risultati precedentemente ottenuti dall'O., con i diversi metodi di cura, in numerosi ammalati accolti e curati in un ventennio nella sezione delle malattie infettive annessa alla Clinica di Pisa.

In vari casi nei quali era pure accertata la natura tifica della infezione, l'O. vide, in breve tempo, una spiccata attenuazione dei fenomeni generali, pur continuando la normale evoluzione febbrile della malattia.

Qualunque sia il meccanismo per il quale il chinino abbia agito, i risultati straordinariamente favorevoli di questa cura, le modificazioni dei sintomi generali constatati sotto l'azione del prezioso farmaco, le attenuazioni dei sintomi stessi, alcune volte verificatesi quasi a forma critica dopo la somministrazione del rimedio, sono, secondo l'O., la prova clinica che assurge quasi a dimostrazione sperimentale della benefica influenza esercitata dal chinino sugli esiti estremamente favorevoli ottenuti in questi ammalati.

L'O. preferì la somministrazione del chinino per via ipodermica a quella per la via gastrica: ed anche oggi ha la stessa preferenza.

RUMMO risponde per una constatazione di fatto. Il prof. Queirolo si è occupato nelle sue prove dell'infezione tifica; la cura fatta è avvenuta in paesi malarici, quindi diverso è lo scopo verso cui il chinino è stato diretto. Difatti il chinino in queste forme non si dà allo scopo di vincere la malattia, ma è destinato a sorreggere degli stati di resistenza individuale e principalmente si usa come cardiotonico. Del resto il tifo è una malattia che, dopo una parabola di breve durata, scompare anche perchè vinta dalle resistenze organiche dell'individuo.

La cura che l'O. oggi invece ha esposto, è diretta non contro malattie cliniche di breve durata, ma contro le febbricole a decorso lungo, resistenti e protratte. Del resto anche il meccanismo della cura è diverso: nel chinino, usato in questi casi, non si cerca di ottenere un'azione energica e rapida, ma piuttosto lenta e continua ed ecco anche la ragione della via gastrica come via di scelta. Tende perciò l'O. alla distinzione dei due metodi: il suo e quello del prof. Queirolo; ognuno ha uno scopo diverso e cerca di ottenerlo con mezzi diversi. Nel primo, azione lenta e continua; nel secondo, azione energica.

L'O. nota, finalmente, che il metodo delle iniezioni chininiche, nella infezione tifica è molto in uso per l'azione cardio- e neuro-tonica che il chinino esplica in tal modo amministrato.

Prof. P. LIVIERATO. *Un caso con sintomi di cirrosi epatica dovuto a sifilide.* — Il caso che l'O. comunica, ha un certo interesse, quale contributo alla parte, che prende l'infezione sifilitica nella patogenesi di epatopatie, che decorrono con sintomi anatomoclinici uguali a quelli della cirrosi epatica, atrofica.

Si tratta di un individuo di 33 anni, fuochista. Nell'anamnesi risulta l'infezione malarica a 17 anni e un'ulcera a 21 anno, guarita in 15 giorni senza conseguenze patologiche. Masticatore di tabacco e bevitore di vino.

In aprile 1911, senza causa apprezzabile, notò l'aumento graduale del volume del ventre, contemporanea diarrea, intenso affanno e oliguria. Entrò in Clinica e vi stette per 10 giorni, durante i quali si praticò la paracentesi per 2 volte con estrazione di 13 litri di liquido, con caratteri di trasudato.

Dopo lo svuotamento, si palpava nelle inspirazioni fegato duro, milza grossa. Uscì. Il 18 dicembre 1911 viene riammesso. Egli narra che nello spazio di 8 mesi, gli si praticò 28 volte la paracentesi con estrazione complessiva di 280 litri di trasudato.

Costituzione gracile, scarso pannicolo adiposo, muscoli flaccidi. Leggeri edemi pretibiali.

Torace cilindrico. Suono timpanico in alto, ottuso in basso posteriormente con rantolini. Cuore spinto in alto. Toni ottusi, arterie periferiche dure. Polso frequente, piccolo.

Addome uniformemente tumefatto, di forma globosa, allargato ai fianchi, cicatrice ombelicale sporgente, pelle tesa, lucente, rete venosa sottocutanea molto sviluppata.

Presenza di liquido libero nel cavo peritoneale.

Ottusità epatica spinta in alto. Ottusità splenica molto estesa. Alla regione anale noduli emorroidarî.

Appetito normale. Mucosa boccale pallida. Denti mal conservati. Evacuazioni regolari. Piccole glandole epitrocleari. Urina scarsa (1/2 litro nelle 24 ore). Tracce di pigmenti biliari. Abbondante indacano. Cloruri 10.75 per mille. Urea 10 per mille.

Reazione di Wassermann positiva.

Dal 18-31 dicembre 1911, le condizioni dell'infermo tendono ad aggravarsi, col crescere dell'ascite.

Levulosuria alimentare positiva. Rapporto azoto-ureico 0.58. Azoto totale 8 grammi.

31 dicembre. Paracentesi con estrazione di 11 litri di trasudato. Fegato non si palpa. Milza grossa indolente di consistenza normale.

Si sottopone alla cura specifica mercuriale.

Aumento progressivo della diuresi, lento formarsi della ascite in principio, e poi diminuzione.

28 gennaio 1912. Estrazione di appena 600 cmc. di trasudato. Fegato palpabile. Milza va diminuendo di volume. Rete venosa addominale appena visibile. Miglioramento delle condizioni generali. Aumento del peso del corpo di 10 chili dal 5 gennaio al 28 marzo 1912 (da kg. 56 sale a 66).

Aumento della diuresi fino alla normale. Aumento dell'eliminazione dell'urea, aumento del rapporto azoto-ureico, levulosuria alimentare negativa.

Nel caso descritto il risultato così sorprendente per la rapidità colla quale si è ottenuto, mediante la cura mercuriale, dimostra senza dubbio la natura sifilitica della epatopatia.

I caratteri morfologici del fegato escludevano tanto la forma gommosa, quanto quella di fegato legato. D'altra parte l'ascite imponente e ribelle alle paracentesi ripetute indicava un ostacolo alla circolazione portale, non dovuto certo a gomma localizzata all'ilo del fegato (mancanza di ittero intenso) e nemmeno a diffuse lesioni endoepatiche della rete portale, perchè in tal caso la cura non avrebbe dato l'esito da noi ottenuto. In questo caso in cui l'alterazione della circolazione portale intraepatica s'imponeva per le alterazioni della funzionalità della cellula epatica, dobbiamo pensare ad una causa, la quale sebbene limitata, fosse capace di compromettere la circolazione extraepatica portale e la intraepatica. Questa causa, tanto bene influenzata dalla cura mercuriale, non poteva essere che un processo di periendoflebite del tronco e dei principali rami della porta. Tale processo lo dobbiamo ammettere nel periodo ancora infiltrativo, non regressivo, perchè in questo ultimo caso, sarebbe irremovibile e inattaccabile dalla cura specifica.

Questo caso, analogo a quello descritto da Hutchinson, è interessante, perchè porta un contributo alla patogenesi di una epatopatia, decorrente con sintomi clinici di cirrosi atrofica e perchè insegna l'utilità di ricorrere alla reazione di Wassermann in questi casi, trattandosi specialmente di individui giovani, come nel nostro caso, nel quale non avremmo diagnosticato la natura specifica, se non ricorrevamo alla reazione di Wassermann, tanto più che si trattava di individuo bevitore e masticatore di tabacco.

ABBO (Istituto di clinica medica della R. Università di Genova). *Azione che varî estratti d'organi a secrezione interna (capsule surrenali, tiroide, ipofisi, testicolo, ovaia, timo) esercitano sul cuore isolato di coniglio.* — Questi organi esplicano, indistintamente, una spiccata azione eccitante di lunga durata, sulla contrattilità del muscolo cardiaco.

Capsule surrenali. Soluzioni notevolmente diluite (1:800,000-1:1,000,000) sia della parte corticale, sia della midollare posseggono notevole azione eccitante che non è per nulla modificata dal contatto con un siero surreno-tossico.

Soluzioni più concentrate (1:1000, 1:10,000, 1:50,000) determinano, dopo breve tempo, la morte del cuore.

Ovaia e testicolo in soluzioni notevolmente diluite (1:1,000,000-1:2,000,000) esercitano sul cuore isolato di coniglio spiccatissima azione eccitante.

Addizionando, a parti eguali, estratto di testicolo e di tiroide in identica concentrazione (1:800,000-1:1,000,000), si osserva un'azione eccitante la quale è superiore alla semplice somma aritmetica di queste due sostanze.

Corpo luteo isolato esercita sul cuore azione notevolmente eccitante.

La stessa azione è dimostrata rispettivamente da estratti di timo e di ipofisi in soluzioni notevolmente diluite (1:500,000, 1:800,000).

Estratti alcoolici a caldo di testicolo, ovaia, e di altri organi a secrezione interna sono dotati delle proprietà cardio-eccitatrici.

Estratti alcoolici ed acquosi di oltre 24 ore d'età perdono quasi completamente ogni loro azione.

BARLOCCO A. (Istituto di clinica medica della R. Università di Genova). *Sopra un caso di dissociazione completa atrio-venticolare (Herzblock).* Con presentazione di ammalata. — Si tratta di una donna di 54 anni, che quattro mesi prima venne colpita da lievi mancamenti (senza perdita della coscienza).

Ricorse ad un sanitario che riscontrò spiccata bradicardia (sino a 20 pulsazioni al minuto), aumento dei diametri cardiaci, specie del ventricolo sinistro, lieve grado di arteriosclerosi periferica e centrale.

L'esame dei tracciati artero-venosi e specialmente dei tracciati elettro-cardiografici permettono di porre diagnosi di dissociazione atrio-ventricolare completa.

L'inalazione di nitrito d'anile, l'iniezione di atropina e la ricerca del cosidetto fenomeno di Aschner, non influenzano sensibilmente il tipo delle curve eseguite dall'O.

G. ANTONELLI (Istituto di clinica medica della R. Università di Roma). *Sul preteso potere antitriptico del siero di sangue.* — L'O. espone i risultati di numerose ricerche eseguite allo scopo di risolvere la questione se esista un reale potere antitriptico del siero di sangue, quando esso venga valutato con il dosaggio degli aminoacidi (metodo di Sörensen), i quali debbono ritenersi come prodotti finali della digestione proteolitica. Egli afferma che tale dosaggio rappresenta il mezzo più razionale per giudicare dell'esistenza e dell'intensità del potere triptico; i metodi finora comunemente usati mettono in evidenza modificazioni fisiche delle sostanze proteiche, che non possono sempre identificarsi con gli effetti del vero processo digestivo. I fenomeni fino ad oggi interpretati come prove manifeste della esistenza del potere antitriptico del siero di sangue in condizioni fisiologiche e patologiche, non meritano altra interpretazione che quella di fenomeni fisici, il cui significato non è dimostrato sia quello di un'azione di ostacolo al processo della digestione triptica propriamente detta.

Le ricerche basate su dosaggio degli aminoacidi dimostrano l'assenza di un vero potere antitriptico del siero di sangue tanto in condizioni fisiologiche quanto nelle patologiche, che nelle sue osservazioni sono rappresentate dalla pneumonite crupale; ciò conferma, nel campo della patologia umana, quanto ha prima stabilito U. Lombroso in quello della fisiologia sperimentale. Il dott. S. Visco è giunto a risultati analoghi nei tumori maligni.

BARLOCCO A. ed ABBO C. (Istituto di clinica medica della R. Università di Genova). *Comportamento del ricambio azotato intermedio nel sangue e nei tessuti di nefritici, uremici ed avvelenamenti da sublimato corrosivo.* — Dalla valutazione dei risultati ottenuti ed analizzati nelle singole tabelle gli AA. formulano le seguenti conclusioni:

1° Per ciò che concerne la ritenzione azotata intermedia nel sangue dei nefritici, si possono notare due tipi fondamentali di comportamento:

a) nefriti croniche con azotemia;

b) nefriti croniche non azotomiche.

Il primo tipo è (almeno dalle statistiche cliniche) quasi sempre riportabile a gravi forme, e di gran lunga il più frequente.

Nell'avvelenamento da sublimato corrosivo si ha un costante aumento dell'N intermedio direttamente proporzionale al periodo di anuria.

2° Per ciò che concerne la ritenzione azotata (intermedia) negli organi dei nefritici, essa avviene con varia modalità. Nel complesso si può affermare che havvi un certo grado di ritenzione azotata negli organi e tessuto di soggetti, che nessuna ritenzione presentavano nel sangue. Detta ritenzione è variamente ed irregolarmente distribuita, per cui mentre in alcuni organi si possono riscontrare valori normali od iponormali, in altri organi si hanno invece ritenzioni azotate talora cospicue. Si può affermare inoltre che là ove esiste azotemia si hanno sempre valori ipernormali di azoto nei vari organi e tessuti dell'economia.

3° Le ritenzioni azotate regionali non possono essere messe in rapporto con caratteristiche manifestazioni cliniche. Così non è possibile legare all'accumulo di sostanze azotate intermedie nel cervello, il quadro clinico della sindrome uremica (cerebrale), poichè, se è pur vero che dei due casi con manifestazioni uremiche uno, pur non presentando ritenzione azotata nel fegato, tale fatto presentava invece e nettamente nel cervello, un altro ne esiste, che, pur offrendo nettissimi sintomi uremici, presentava fra i nefritici studiati, i più bassi valori di azoto residuo cerebrale.

4° Gli organi dell'avvelenato da sublimato corrosivo presentarono, per contro, un costante ed uniforme accumulo di N intermedio, analogo ai valori ottenuti per i cani nefrectomizzati.

CAMBIASO A. (Istituto di clinica medica della R. Università di Genova). *Tubercolosi e gravidanza.* — Accenna ai nuovi concetti sia clinici che biologici che possono consigliare il medico ad interrompere o no una gravidanza in donna affetta da tubercolosi polmonare.

L'O. annette grande importanza alla ricerca nel siero di sangue della esistenza o no ed in quale misura dei mezzi difensivi organici, e se da questi o spontaneamente o con un trattamento specifico od altro si vede che una reazione di anticorpi deboli diventa cospicua e che le reazioni degli antigeni da forte diventa debole, che scompare la febbre e che si ha un miglioramento, il medico non è autorizzato ad interrompere una gravidanza. L'O. a conferma del suo dire presenta alcune ammalate.

Illustra dettagliatamente il caso di una giovane donna di 26 anni alla quale l'O. due anni addietro avea applicato il pneumotorace artificiale perchè affetta da tubercolosi polmonare. Focolai di broncopolmonite distruttiva del lobo superiore destro con grandi fatti cavitarii, bronchiolite apice sinistro.

Emottisi pregressa. Tossiemia. T. 40.

Dopo 9 mesi che la paziente trovavasi in cura rimase incinta e nonostante il parere di alcuni clinici di volere interrompere la gravidanza, la paziente accetta il consiglio dell'O. conducendo a termine la sua gravidanza senza alcun disturbo mentre in una precedente gravidanza prima di ammalarsi avea sofferto assai. Essa partorì alla Maternità dell'Ospedale Pammatone una bambina del peso di 4 kg. Oggi sono trascorsi oltre due mesi dal parto e la paziente conserva sempre la sua guarigione.

In detta malattia la reazione degli anticorpi era fortissima, debolissima quella degli antigeni.

Dott. CESA-BIANCHI (R. Clinica delle malattie professionali in Milano). *Sulla diagnosi istologica intra vitam della sifilide epatica.* — L'O. basandosi su osservazioni personali, dimostra, come non soltanto sia possibile ed anche relativamente facile una diagnosi istologica di sifilide epatica in vita, dopo biopsia, ma ancora come essa possa condurre a svelare lesioni del fegato, dovute alla spirocheta, ignorate, silenti, oppure a decorso strano e con manifestazioni esterne anomale, tali da condurre ad un giudizio diagnostico errato od incompleto.

Dott. CESA-BIANCHI. *Sulla miocardite sifilitica a tipo interstiziale.* — L'O. dallo studio clinico ed anatomo-patologico di un caso di miocardite sifilitica a tipo interstiziale, è condotto ad affermare, che la sifilide acquisita, oltre le ben note lesioni circoscritte del miocardio (gomme), è capace di provocare anche lesioni diffuse, a tipo di miocardite interstiziale, analoghe a quelle che, con maggiore frequenza, si riscontrano nell'eredo-sifilide. Queste lesioni dal punto di vista anatomico presentano caratteristiche proprie, sufficienti ad assicurarne la diagnosi di natura e dal punto di vista clinico, pur non differenziandosi nettamente dalle comuni miocarditi, offrono tuttavia alcune peculiarità non trascurabili, sia in rapporto al decorso della forma morbosa, sia in rapporto alle manifestazioni acustiche che spesso l'accompagnano.

Dott. CESA-BIANCHI. *Contributo alla conoscenza della patogenesi dei vizi congeniti di cuore.* — L'O. afferma che tanto l'ipotesi patologica, la quale attribuisce i vizi cardiaci congeniti a lesioni infiammatorie dell'endocardio e del miocardio svoltesi durante la vita intrauterina, quanto l'ipotesi embriologica, che li attribuisce invece a disturbi di sviluppo, possono a seconda dei casi essere chiamate in causa. Riferisce alcune osservazioni personali (caso di *cor biloculare* con grave stenosi sottovalvolare della polmonare, pervietà del setto interventricolare, persistenza del forame di Botallio e del dotto arterioso; caso di *cor triloculare* monoatriato con stenosi dell'ostio della polmonare e *situs viscerum inversum totalis*) e conclude affermando, che se la maggior parte dei vizi congeniti di cuore, i più gravi e complessi sopratutto, sono indubbia conseguenza di processi infiammatori, spesso di natura luetica o tubercolare, svoltisi durante la vita intrauterina, altri invece nulla presentano che possa far pensare ad una loro origine flogistica, mentre la frequente coesistenza in questi casi di malformazioni congenite a carico di altri visceri fa ritenere che anche la malformazione cardiaca sia la conseguenza di disturbi di sviluppo.

L. C. MANFREDI.

Il fascicolo di gennaio 1915 della nostra Sezione Medica conterrà i seguenti lavori:

1. Dott. E. CIARLA. *Contributo clinico e anatomo-patologico allo studio dell'aprassia motoria per lesione del corpo calloso.*

2. Dott. F. BONOLA. *Note su un caso di sindrome talamica.*

3. Dott. D. CERVO. *Sulla fine struttura della cellula tiroidea.*

4. Dott. L. MANGINELLI. *Importanza diagnostica e patogenetica della ricerca radiologica nell'ulcera duodenale.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La forma parossistica dell'aritmia completa.

Poichè gli ammalati d'Ospedale sono seguiti per un tempo relativamente troppo corto, affinchè possano essere bene studiati i loro disturbi, l'Heitz (*Ann. de méd.* in *Sem. méd.*, n. 28, 1914) ha rivolto la sua attenzione sopra una diecina di casi della clientela privata, alcuni dei quali ha potuto seguire per più di 10 anni, facendo importanti osservazioni per quanto riguarda alcuni punti tuttora assai imprecisati della aritmia parossistica completa.

Per quanto riguarda il capitolo dei momenti etilogici, il sesso pare non abbia importanza, quantunque su 10 osservazioni 8 fossero su uomini.

L'età più propizia per l'insorgere della malattia sembra quella fra 40 e 55 anni, e nelle donne sopratutto il periodo della menopausa; raramente le crisi insorgono in età più avanzata o nella gioventù; in un caso l'Heitz le ha viste seguire allo stabilirsi di una lesione valvolare in un giovane ventenne. Sovente manca qualunque causa occasionale: altre volte il parossismo insorge dopo un'infezione, un'intossicazione, il *surmenage,* in individui nevropatici od isterici, specie con disturbi gastro-intestinali.

Notevole importanza hanno le condizioni del cuore, che raramente si trova integro, ma più spesso mostra lesioni valvolari od una dilatazione con ipertrofia legate a processi d'ateromasia o di sclerosi: frequentemente l'orecchietta destra è dilatata e lascia vedere la sua ipereccitabilità con extrasistoli auricolari più o meno ravvicinate o a gruppi di piccole crisi.

Il meccanismo d'azione delle cause occasionali degli accessi agiscono allora sull'atrio o aumentandone la distensione per asistolia, o accrescendone l'eccitabilità (sforzi, indigestioni, alcool, ecc.).

Clinicamente gli accessi aritmici possono distinguersi in due tipi: *grandi crisi,* caratterizzate da cardiopalmo intenso, dispnea, angoscia precordiale, disturbi vasomotori, debolezza cardiaca — e questi periodi durano a lungo e si ripetono a grandi intervalli; e *piccole crisi* con aritmia meno intensa e quadro morboso più sbiadito — e queste si ripetono più spesso e durano di meno.

In tutte le due forme il polso è accelerato, la pressione abbassata; il cuore non si trova ingrandito; all'ascoltazione i rumori non si trovano modificati, tranne quando esiste quello della stenosi mitralica che viene soppresso per la fibrillazione auricolare, che si rileva dai tracciati giugulari.

Gli accessi, specie le grandi crisi, dopo un certo tempo, tendono a ravvicinarsi, e quando questa tendenza è apparsa, in pochi mesi si fondono, dando luogo ad uno stato permanente d'aritmia. Bisogna essere molto riservati nella prognosi e sorvegliare l'ammalato *nei primi tempi* dopo l'installazione dell'aritmia; quando poi il cuore si è adattato, gl'infermi riposano bene sovente per anni. La morte sopravviene per asistolia o complicazioni vasali e polmonari.

La terapia più importante è quella da attuare nei periodi fra i parossismi. Durante la crisi è inutile chiedere soccorso ai tonici cardiaci, ed alla digitale finchè non minaccia l'asistolia (la digitale sembra allunghi le crisi); si ricorrerà invece ad applicazioni fredde o calde sulla regione precordiale, ai calmanti, alla psicoterapia. Negli intervalli fra gli accessi si sosterrà il cuore, e si curerà rigorosamente l'igiene. Installatosi l'aritmia completa permanente, si potrà ricorrere ai tonici cardiaci, somministrandoli a dosi regolarmente ripetute.

G. SABATINI.

Il valore comparativo dei cardiocinetici.

Una somministrazione razionale di cardiocinetici è difficile praticarla anche perchè i nuovi studi sulla patologia cardiaca hanno complicato il semplicismo terapeutico della scuola antica.

Lo Janeway (*Arch. inter. Med.*, 1914, p. 361) in base a numerosi dati clinici ricavati dalla letteratura o da lui osservati, dà interessanti dati che è opportuno riassumere nelle linee fondamentali. Egli sostiene che in ogni vizio mitralico in stato di compenso, gli attacchi di tachicardia di carattere acuto che si sovrappongono e che sono dovute a fibrillazione auricolare risentono favorevolmente della somministrazione della digitale.

L'attacco di tachicardia scompare entro quarantotto ore: tali pazienti coll'uso continuo della digitale sono in grado di sopportare per un lungo tempo lavori fisici di una certa importanza; quando naturalmente il trattamento sia stato iniziato prima dello stabilirsi dello scompenso. L'azione della digitale si può dire elettiva in questi stati di fibrillazione auricolare

che tanto contribuiscono allo stabilirsi di uno scompenso nei vizi mitralici.

Accanto a questi casi che rappresentano un vero pericolo per la funzione cardiaca anche quando il ventricolo destro non presenti traccia di degenerazione, esiste il quadro tipico dell'insufficienza cardiaca graduale con stasi venosa generale ed edemi: quanto più l'insufficienza cardiaca riveste il tipo acuto tanto più facilmente risente l'efficacia di una terapia digitalica: nelle forme gravi che durano da un certo tempo con insufficienza tricuspidale e stasi epatica l'efficacia della digitale può essere nulla.

In tali casi il rimedio agisce solo se si associa contemporaneamente ad una dieta di Karell. Il preparato da preferirsi, secondo l'A., è quello che dall'esperienza di ognuno è risultato più efficace: per quel che si riferisce alla dose egli non supera di regola i dieci centigrammi da somministrarsi ogni quattro ore: questa dose va continuata finchè il polso non arrivi a 60° o non diventi bigemino o che non sopravvengano fenomeni tossici. Dopo avere ottenuto l'effetto desiderato è opportuno interromperne la somministrazione: se nuovi sintomi di *deficit* cardiaco insorgono basta somministrarne 20-30 cgr. al giorno.

Nei casi in cui vi è spiccata tendenza alla fibrillazione è opportuno somministrarla per lungo tempo.

Se la terapia colla digitale fallisce, può dipendere anzitutto dalla qualità del rimedio: è opportuno perciò cambiarla. Nei casi d'insufficienza cardiaca che si associano ad ipertensione e con ritmo normale e col quadro della stasi viscerale cronica: la digitale è ugualmente indicata come nel caso precedente: il timore dell'ipertensione è, secondo l'A., un vero pregiudizio. Quando però la digitale non dà un miglioramento rapido è opportuno ricorrere all'azione della caffeina o dei diuretici: così l'A. dà 0.80 gr. di caffeina con 8 gr. di teocina o 3 gr. di diuretina da ripetersi per tre giorni con un riposo di un paio di giorni prima di ripetere il rimedio.

P. A.

La sintomatologia e la terapia degli stati ipotensivi.

La questione dell'ipotensione è stata molto meno studiata che quella dell'ipertensione. È un fatto ben noto che nell'avvelenamento acuto per cloralio ed alcool e nell'avvelenamento cronico per nicotina, in caso di shock o di debolezza cardiaca si possono avere gradi più o meno avanzati d'ipotensione arteriosa.

Il Goodman (*Am. Journ. of the Med. Sciences*, aprile 1914) ha studiato molti casi d'ipotensione dal punto di vista clinico. Egli ha trovato come causa dello stato suddetto le malattie infettive acute, fuori che la meningite cerebrospinale, gli stati cachettici da neoplasie o da tubercolosi avanzata, la malattia di Addison, le emorragie gravi, l'intossicazione da alcool o da cloroformio, molte malattie nervose quali paralisi progressiva, neurastenia, attacchi epilettici, crisi gastriche, spesso malattia di Basedow, i vizi cardiaci mitralici o gli aortici nel periodo dello scompenso, le anemie, molte forme di lesioni renali, sopratutto l'albuminuria ortostatica.

Oltre a queste forme il Goodman descrive una serie di stati ipotensivi di cui non si può incolpare alcuna causa apprezzabile. Si tratta di individui adulti che si lamentano di cefalea, vertigini e stanchezza fisica e mentale: in nessuno dei casi studiati si riscontrarono i segni di una tubercolosi anche latente.

Le osservazioni dell'A. valgono sopratutto dal punto di vista terapeutico, giacchè egli ha osservato che in questi pazienti coll'esercizio fisico sistematico praticato ogni mattina almeno per una diecina di minuti si ottengono dei risultati ottimi: all'esercizio fisico fa seguito una doccia, dapprima calda poi man mano fredda.

Egli consiglia anche la tintura di noce vomica a dosi progressive cominciando con quindici goccie tre volte al giorno: fino a che non si verificano disturbi. Combattere l'abuso del tabacco, dell'alcool, del the o caffè, è condizione della riuscita della cura.

Col miglioramento dello stato infettivo l'A. ha constatato un aumento progressivo della pressione sanguigna da sotto a 120° fino a valori superiori al normale.

P. A.

IGIENE.

Ricerca semplice degli antisettici nei corpi grassi (Burro, margarina, altri grassi comuni).

I metodi che si dànno come ufficiali per la ricerca degli antisettici nei grassi e negli olî commestibili, esigono molto tempo ed una grande quantità di sostanza.

Per evitare specialmente questo inconveniente, si consiglia di usare un metodo che esige soltanto una quantità di 50 grammi di sostanza e permette di ottenere una dissoluzione completa degli antisettici più comuni e di ricercarli con una grande semplicità.

Ecco come si consiglia di procedere:

Grammi 50 di sostanza grassa si versano in 100 cmc. di acqua bollente addizionata di tre o

quattro gocce di liscivia di soda al 15 % e di gr. 10 circa di paraffina. Questo miscuglio si agita fortemente ed in modo di ripartire il più ugualmente possibile la sostanza grassa fusa; si raffredda il tutto nell'acqua fredda o anche nel ghiaccio; si fora la massa grassa consolidata alla superficie, si separa il liquido alcalino che viene filtrato. Si può ripetere ugualmente il trattamento della massa grassa con altri 100 cmc. di acqua bollente.

Del liquido alcalino filtrato se ne impiega un terzo per la ricerca della formalina e dell'anidride solforosa.

Si ricerca la formaldeide addizionando a 10 cmc. di soluzione, 10 cmc. di alcool assoluto, occorrendo si filtra. A 10 cmc. del filtrato si aggiungono 3 cgr. di cloridrato di fenilidrazina e quattro gocce di cloruro ferrico, poi a poco raffreddando 10 gocce di acido solforico puro.

Per presenza di formaldeide si ha una colorazione rossa più o meno carica. La sensibilità della reazione è dell'1 per 50,000. Quindi anche una goccia di formalina per 100 gr. di grasso può essere riconosciuta.

Pel riconoscimento dell'anidride solforosa basta acidificare il liquido con acido fosforico e constatare la sua presenza con carta amido-iodurata, per la colorazione azzurra che si manifesta.

Si ricercano gli altri antisettici sul resto del liquido alcalino filtrato. La più grande parte del filtrato è addizionato di allumina gelatinosa, agitato, portato all'ebollizione e quindi filtrato dopo raffreddamento; si ottiene in tal modo una soluzione appena opalescente.

Si fanno allora su porzioni della soluzione i saggi degli altri antisettici nel modo che ora s'indicherà.

Acido salicilico e salicilati. — Cmc. 3 a 5 del filtrato sono addizionati di una goccia di soluzione diluita di cloruro ferrico. Colorazione violetta, presenza dell'antisettico.

Acido benzoico e benzoati. — Della soluzione acquosa 20-30 cmc. sono addizionati di acido cloridrico diluito; l'acido benzoico viene estratto con etere, che viene evaporato; il residuo viene ripreso con un miscuglio di due goccie di ammoniaca al 10 % e 5 cmc. di acqua distillata; occorrendo, la soluzione si filtra, ed il filtrato si fa bollire fino a che non odori di ammoniaca e che una carta di tornasole non sia inazzurrita dai vapori. Dopo raffreddamento della soluzione, si aggiunge una goccia di soluzione diluitissima di cloruro ferrico.

L'acido benzoico dà un precipitato di colore carne chiaro gelatinoso.

Fluoruri. — Del liquido 20-30 cmc. sono ancora alcalinizzati con lisciva di soda e ridotti a piccolo volume; occorrendo si filtra il liquido residuato. Al filtrato si aggiungono pochi cmc. del reattivo di Leys (citrofosfato di calcio) (1) e si scalda. Per presenza di fluoruri si forma un precipitato di fluoruro di calcio che si caratterizza nel seguente modo. Il precipitato viene raccolto su un filtro, lavato, seccato e posto in un piccolo crogiuolo di platino con una piccola quantità di silicato di calcio puro. Si addiziona qualche goccia di acido solforico, si copre il crogiuolo con una lastrina di vetro sulla quale, nella parte che chiude il crogiuolo, si depone una goccia di acqua. Si scalda leggermente; il fluoruro di calcio in queste condizioni dà del fluoruro di silicio che è decomposto con l'acqua deponendo della silice gelatinosa, che si osserva nella goccia d'acqua intorbidandola e lasciando vedere delle forme scheletriche di silice.

Acido borico e borati. — Il resto della soluzione alcalina filtrata si evapora a secco. Questo si riprende con acqua leggermente acidulata con acido cloridrico e si saggia la soluzione con la carta di curcuma. Si bagna una piccola strisciolina di carta di curcuma con la soluzione; la carta seccata a 100°, se v'era presente acido borico libero o dei borati, prende una tinta rosso-bruna che passa a colorazione verde e lo stesso al bleu con un alcali.

Clorati. — La soluzione cloridrica precedente viene addizionata di nitrato di argento in eccesso e si separa il cloruro di argento per filtrazione. Al filtrato portato all'ebollizione si aggiunge 1 cmc. di soluzione di solfito di soda al 10 % e 1 cmc. di acido nitrico concentrato. Un precipitato insolubile di cloruro di argento indica la presenza di clorati.

Tutti gli antisettici sopra indicati possono essere svelati con i metodi descritti anche quando sieno alla dose di 0.01 % di sostanza grassa.

E. C.

(1) Reattivo Leys: si disciolgono 10 gr. di acido citrico in una certa quantità di acqua all'ebollizione, e mentre bolle si fa cadere nella soluzione del fosfato di calcio precipitato fino a che non resti un piccolo eccesso indisciolto. Si lascia raffreddare, si filtra e si porta il tutto a 100 cmc. con acqua distillata.

Il fascicolo di dicembre 1914 della nostra Sezione Chirurgica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. DESDERI e SERAFINI. *Ricerche batteriologiche sull'osso del cadavere.*
2. Dott. R. MOSTI. *L'intervento chirurgico nella paralisi del nervo radiale consecutiva alle fratture dell'omero.*
3. Dott. R. BRANCATI. *Sugli effetti ulcerativi gastro-intestinali della resezione sperimentale del simpatico lombare.*
4. Dott. A. BEVACQUA. *Sull'ematoma perirenale spontaneo.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(579) *Terapia medica della tubercolosi intestinale.* — Si compiaccia rispondermi sulla « Posta degli abbonati », coll'indicazione di G. M. a quanto Le espongo.

Sono indicati e con quale speranza i risultato nelle tubercolosi intestinali i preparati iodo arsenicali calcici? E quale è il migliore? Il nucleotol o nuclearsitol Robin, l'alogenina e siero tricalcico dott. Chimata, l'iodo arsenicale Antelini, l'acqua iodo-arsenica; le calcidee di Rio Salso? O quale altro rimedio di qualche efficacia è consigliato in tali malattie?

C'è nulla per troncare la febbre, e la diarrea oltre i preparati suddetti? Qual'è la cura più efficace, più razionale, più usata in tali malattie attualmente? Senz'altro La ringrazio anticipatamente e vivamente di nuovo, pregandola di darmi tale risposta nella « Posta degli abbonati » al prossimo numero del *Policlinico* trattandosi d'un caso che mi interessa assai.

Con tutta stima.

Dott. G. M.

Peglio (Pesaro).

Per ragioni facili a comprendere, non rispondiamo alla prima parte del suo quesito: preferiamo indicare schematicamente le norme generali, che Ella potrà utilizzare, applicandole con oculatezza al caso singolo.

Premettiamo che la cura causale della tubercolosi in genere, intestinale in specie, si attende ancora, che quindi la nostra opera può mirare solo o ad attenuare i sintomi (palliativa), mentre si cerca di modificare il terreno, o ad asportare, quando sia possibile, il focolaio morboso, ed eliminare la causa di sintomi gravi.

Esistono due forme della tubercolosi intestinale in cui l'opera del medico è inutile, se non dannosa, quando egli voglia insistere nell'attesa: sono le forme *pseudoneoplastiche*, e le forme *stenosanti;* esse sono passibili della cura chirurgica, la quale con resultati spesso brillanti, giunge ad eliminare ogni disturbo di circolo intestinale ed ogni sofferenza.

La *forma ulcerosa*, complicata a diarrea spesso sanguinolenta, o puriforme, va curata saggiando l'effetto utile di molti rimedî consigliati, più che con un rimedio unico. Si tratta di combattere il primo sintoma più fastidioso e nocivo, la diarrea: all'uopo risponde bene talora il sottonitrato di bismuto (6 gr. *pro die*) associato all'oppio (1 gr. di tintura *pro die*), talora il salicilato di bismuto, la polvere di talco, la creta preparata, il tannigeno, la tintura di ratania, il nitrato d'argento (pillole da 2 a 10 cgr. *pro die*), l'acido lattico (10-15 gr. al giorno), il perossido di magnesio (0.50 *pro die*) in capsule di cheratina. Utili si dimostrano i clisteri di nitrato di argento (1:5000 1: 10000), o di acido salicilico (1:1000). Contro i dolori, e contro lo spasmo riflesso dell'intestino, dànno notevoli vantaggi gli impacchi alla Priesnitz. Ma è necessario aggiungere che in qualche caso *tutti questi mezzi falliscono* e solo gli oppiacei o addirittura la morfina dànno tregua al malato.

Contemporaneamente va seguìta una diligente cura generale: *dietetica* (latte, uova, farinacei, polvere di carne, carne cruda, da proscrivere il brodo e i grassi) e *medicamentosa* (cacodilato sodio p. iniezioni (soluz. 10 %), fosfati sodico e di calcio 5-10-20 gr. *pro die* nel latte).

t. p.

(580) *Opoterapia del morbo di Parkinson.* — La prego volersi compiacere di rispondermi nella rubrica « Posta degli abbonati » con lo pseudonimo U. V., alla seguente domanda:

Se sia mai stata adoperata l'opoterapia e con quale successo nella cura del morbo di Parkinson. Ringraziandola.

Povegliano Veronese. U. V.

La cura opoterapica nel morbo di Parkinson ha seguìto in tutti i mutamenti e capricci, la rifioritura delle teorie di questi ultimi anni: non un solo estratto di una sola glandula è stato tentato, ma estratti di diverse glandole, associati e isolati: estratto delle paratiroidi (Berkeley, Dana), estratto dell'ipofisi (Parhon e Urechie), ipofisi e paratiroidi (Parhon e Goldstein), tiroide (Möbius e Lundborg), ecc.

Il risultati sono stati in generale negativi; qualcuno ha trovato miglioramenti per quel che riguarda l'ipertonia, il riposo più tranquillo degli ammalati; però chi legge ha l'impressione che nemmeno lo sperimentatore sia convinto dei vantati effetti!

t. p.

(581) Le sarei gratissimo se nella « Posta degli abbonati » vorrà usarmi la cortesia di volermi indicare un trattato che parli di balistica con speciale riguardo alle ferite d'arma da fuoco in rapporto alla medicina legale.

Per quanto abbia cercato non mi è riuscito possibile trovarne uno che dilucidi profondamente le possibili modalità che esse presentano.

Cav. Dott. Ignazio Frassetto.

Nulvi.

Recentemente due studiosi belgi il cap. dott Welsch ed il prof. Genonceaux hanno pubblicato sugli *Archives Internationales de Médecine Lé-*

gale, un interessantissimo lavoro sulle ferite di arma da fuoco, in rapporto alle questioni medico-legali.

Di autore italiano esiste poi lo studio del generale medico prof. Imbriaco sugli effetti delle moderne armi da fuoco, memoria molto particolareggiata e ricca di dati statistici e sperimentali, che è stata anche pubblicata dal *Giornale di Medicina Militare.*

G. M.

(582) Prego indicarmi da chi potrei acquistare il «914».

Da quale editore potrei fornirmi dell'*Archivio italiano di clinica medica 1892* (II puntata)?

Con stima e ringraziamenti.

Villa Penna (Teramo).

Dott. Filippo Iannetti.

Il «914» (neosalvarsan) si può acquistare per mezzo di qualunque farmacista. Il rimedio viene fabbricato e messo in commercio dalla casa Meister, Lucius u. Brüning, Höchst/M. (Germania), la quale tiene un deposito anche a Milano.

J. U.

Per l'acquisto dell'*Archivio Italiano di clinica medica* può rivolgersi presso un buon libraio (Loescher, Hoepli).

L. P.

(583) La prego si compiaccia indicarmi nella «Posta degli abbonati» qualche pubblicazione recente che tratti diffusamente dei varî metodi moderni di cura della tubercolosi polmonare, tanto farmaceutica che siero-vaccinica.

Scano Montiferro (Cagliari).

Dott. S. P.

Bandelier e Roepke, «Die Klinik der Tuberkulose», Würzburg, Kurt Kabitzsch, 1912; mk. 13.50, rileg. 15.

«Thérapeutique des maladies respiratoires ecc.», della Bibliothèque de Thérapeutique, Paris, J.-B. Baillière, 1911, rileg. fr. 14.

Castaigne e Gourand, «La Tuberculose», Paris, A. Poinat, 1912; fr. 5.

Epstein, «Diagnostisch-therapeutische der Tuberkulose», Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1910; mk. 5.

Gerhartz, «Taschenbuch... der Tuberkulose», ivi, 1913; mk. 5.

R. B.

(584) Prego indicarmi nella «Posta degli abbonati» una completa ed esauriente monografia sui sistemi di fognatura per città con depurazione biologica dei liquidi delle fogne, ed in quali dei più recenti trattati di igiene si parli diffusamente di tali sistemi.

Ringraziamenti vivissimi.

Volturara Appula.

Dott. Antonio Rivo, abb. n. 2190

Nel «Trattato di igiene e sanità pubblica» di L. Pagliani, la questione della depurazione biologica delle acque di rifiuto è esposta con sufficiente larghezza. Per avere notizie complete sull'argomento consultare le «Recherches sur l'épuration biologique et chimique des eaux d'égouts» che Calmette, in collaborazione coi suoi allievi, va pubblicando in una serie di annuali monografie (Ed. Masson, Parigi).

g. s.

(585) Desidererei sapere se il microbo della tubercolosi, dopo le disinfezioni praticate dall'Ufficio d'igiene con una soluzione di sublimato al 5 per mille, possa continuare a vivere, e se una casa così disinfettata sia abitabile senza pericolo alcuno.

Spero di poter leggere quanto prima la risposta nella rubrica «Posta degli abbonati».

Ringraziando sentitamente.

Moliterno. Dott. Paolo Galante.

Se la disinfezione è ben fatta non c'è più pericolo alcuno.

R. B.

(586) Pregherei di rispondere, nella «Posta degli abbonati», a questa domanda:

Quale sarebbe la formula di quella specialità che va sotto il nome di «Ristoratore dei capelli («Hair's Restorer») che, a quanto si dice, impedisce la caduta dei capelli, ne promuove la crescita e ne ridona il primitivo colore (se bianchi li fa diventare neri, ecc.).

Ringraziamenti. Abbonato N. 1756.

Non conosciamo la composizione di questo e di altri preparati del genere.

V. M.

(587) Gradirei conoscere a mezzo della rubrica «Posta degli abbonati» della Sezione pratica, se e quale cura specifica esiste contro l'*erpete prepuziale,* con diffusione al *ghiande,* avendo essa forma morbosa, verificatasi, senza causa apprezzabile, in individuo immune da qualsiasi affezione specifica, resistito sinora ad ogni trattamento terapeutico.

Ringraziamenti vivissimi. Abb. n. 6252.

Legga la risposta pubblicata nel fasc. 1°, pagina 23, sotto il n. 573.

VARIA.

Il kubisagari o malattia di Gerlier. — Una nuova malattia si è rivelata: il kubisagari o malattia di Gerlier. La storia ne viene riferita da P. L. Couchoud, in un articolo molto documentato apparso nella *Revue de Médecine* del 10 aprile 1914.

Finora la malattia è conosciuta soltanto in due territori molto limitati: sulla frontiera franco-svizzera e nel Giappone. Ha carattere endemico e di stagione, poichè si presenta solo dal maggio all'ottobre. Colpisce alcuni animali domestici non meno dell'uomo.

Verrà osservata anche altrove? È probabile, ora ch'è stata differenziata quale entità morbosa. Ma per il momento chi vuole studiarla deve raggiungere il villaggio di Achinobè, nel distretto di Aomori, al Giappone, ove il dott. Nakano studiò il kubisagari (questo nome significa *abbassa-collo* o *collo flesso* in giapponese), ovvero i dintorni di Ferney, ove, al tempo stesso, il dott. Gerlier scopriva una sindrome morbosa a cui è rimasto legato il suo nome e ch'è identica al male giapponese.

A Ferney la malattia di Gerlier era già nota volgarmente sotto il nome di *tourniquet*. Il *tourniquet* era un arresto brusco che si produceva durante il lavoro. Il pecoraio non poteva più mungere, il contadino non poteva più falciare o zappare: una paralisi colpiva le braccia, la testa si abbassava; il paziente non vedeva quasi più e titubava invece di camminare. Tutto passava dopo alcuni minuti; ma tornava dopo un certo tempo, durante il corso dell'estate; dal novembre al maggio il *tourniquet* non esisteva più.

Gerlier vide e studiò parecchi malati; fu persino testimone d'una vera epidemia, nel luglio 1886, e raccolse con cura un gran numero di osservazioni, ch'egli riassunse in una memoria su di « una epidemia di vertigine paralizzante ».

Al Giappone il dott. Nakano, tornando un giorno a casa, s'imbattè in un contadino raggomitolato, col dorso curvo e la testa bassa. Egli lo interrogò: nessuna risposta. Dopo un certo tempo il contadino si raddrizzò: « Scusatemi, disse, non potevo parlare. Io sono *kubisagari* ». « Che è questo? », chiese il medico. « Uno stato in cui cadono spesso le persone del mio villaggio in estate » rispose il contadino. Egli veniva a farsi curare non già pel *kubisagari*, che da lui veniva attribuito a fattucchieria (« un morto abbandonato è su di me » diceva), ma per un ascesso.

L'incontro interessò il medico giapponese, il quale a sua volta si mise a cercare dei malati ed a tentare di farsi un'opinione.

Se si riassumono le osservazioni raccolte, si deduce che il male consiste in accessi, i quali sopravvengono solo di estate e solo di giorno, durano dieci minuti incirca e sono caratterizzati dalla flessione del capo in avanti e dal curvarsi del dorso, con addormentamento o paralisi parziale degli arti e caduta delle palpebre; questi accessi vengono provocati in specie dai movimenti e dalla posizione dei coltivatori, qualche volta anche dal movimento di cose o di persone; gli accessi svaniscono col riposo.

Tre sintomi erano caratteristici per Gerlier: la paralisi muscolare, una specie di torcicollo doloroso e la ptosi delle palpebre con obnubilazione della vista. Da essi il nome di vertigine paralizzante.

Ma d'onde proveniva il male? Gerlier sospettò l'esistenza di un virus, poichè il *tourniquet* colpiva spesso parecchie persone di una stessa corte. Aveva una predilezione per gli stallini e sopratutto per i pecorai.

Presso Ferney, a Varsoix, il dott. David osservò dei fatti similari. Ma sopravvenne l'inverno e non si trovò più un malato. Ciò accadeva nel 1886.

Nell'agosto 1887 a Ornex, in una stessa corte 8 persone su 12 furono colpite. Si constatò l'inizio brusco degli accessi e si rilevò che i soggetti i quali si allontanarono non ebbero accidenti.

Esisteva dunque un principio infettivo localizzato nelle stalle? Si poteva crederlo. A Colovrex si trovò una stalla ove 4 pecorai su 5 furono colpiti: due lo furono 15 giorni appena dopo il loro arrivo.

Gerlier credette dunque a qualche microbo produttore d'una tossina paralizzante.

I medici dei dintorni studiarono a loro volta il problema, e frugando nei loro ricordi, si risovvennero di epidemie analoghe anteriori.

Un po' alla volta si sprigionò una nozione nuova: l'irregolarità del male. Durante un estate era raro, durante un altro se ne presentavano varî casi. Un anno infieriva in un villaggio, un altro anno in un altro villaggio. E si vide che colpiva anche i polli e i gatti.

Tutti questi fatti vennero assodati anche nel Giappone dai dottori Nakado e Miura. E avendo avuto contezza delle idee di Gerlier sull'origine stabulare del male, essi le confermarono con le loro osservazioni.

Insomma, così nella Svizzera come nel Giappone parve che si avesse da fare con una nevrosi d'origine probabilmente infettiva, da classificare accanto al tetano e alla rabbia, che colpisce l'uomo, il gatto, il pollo.... Ma dopo il 1900 Gerlier non ne ha più osservato nessun caso nel villaggio ove lo scoprì. Invece continua

a presentarsi nel Giappone, ove Couchoud è andato a studiarlo.

I dati ch'egli aggiunge alle nostre cognizioni sono questi: il male è molto frequente tra i lattanti; benchè raro nell'inverno, può però presentarsi; lo stesso soggetto può esserne colpito ogni anno, per un lungo numero d'anni.

Il dott. Couchoud ha cercato il microrganismo della malattia di Gerlier. Ne ha trovato uno, un cocco, nel liquido cefalo-rachideo e nel latte. Sembra ch'esso conferisca il male ai gatti.

Ma ricerche ulteriori si rendono necessarie. Ne occorrono anche sulla distribuzione così strana della malattia. La questione è posta. Non è ancora risolta: ce ne vuole!

Ma è abbastanza progredita perchè meritasse di venire segnalata ai pratici.

(Da un articolo di H. De Varigny, in *La Belg. Méd.*, 21 giugno 1914).

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. MUTO. *Sull'arteriosclerosi intestinale.* — Veroli, Tipogr. Reali, 1913.

Alcuni capitoli di patologia hanno una suggestione nel titolo, che loro conferisce non so più se la difficoltà dell'argomento, il carattere di attualità perenne, gli sforzi immani di studiosi, che hanno tentato i problemi poderosi. Nel grande edifizio dell'arteriosclerosi in generale, una dei punti difficili, se non altrettanto importante clinicamente, oscuri per la impossibilità dello sperimento, per la delicatezza delle ricerche *in vivo,* è l'arteriosclerosi dell'intestino: bisogna non solo rifarsi ai concetti generali sull'entità morbosa, *arteriosclerosi,* e sulle sue cause, ma plasmare le cognizioni alla particolare anatomia e fisiologia dell'organo, e ricercare nel groviglio delle sintomatologie addominali il filo per la diagnosi clinica.

A tali difficoltà l'A. del volume non isfugge, ma le affronta una ad una in capitoli, che sono una sintesi accurata dell'enorme patrimonio scientifico attuale.

Le osservazioni personali, che l'A. ha potuto diligentemente selezionare in un largo materiale di lunga pratica ospedaliera, gli valgono a ricostruire una sintomatologia, di cui egli con sicura mano detta le note più importanti. Forse se lo studio sarà continuato, anche le osservazioni anatomo-patologiche, porteranno un contributo valido, e l'argomento è tale che solo lungo studio di molti anni può portare decise note anatomo-patologiche, e dirimere dubbî e discussioni.

Al lume delle conoscenze fisio-patologiche è condotto un breve capitolo sulla cura. Chiude il volume un'accurata bibliografia: utile è il libro a chi ha bisogno di avere dinanzi un ordinato materiale sparso nelle riviste, un capitolo del tutto trascurato dai libri, belle considerazioni personali di chi con grande amore ha studiato l'argomento. *t. p.*

G. SCHWARZ. *Klinische Röntgendiagnostik des Dickdarms.* Berlin, Julius Springer, 1914. Mk. 10.

Il libro dello Schwarz notevole oltre che per le considerazioni diagnostiche, per lo studio accurato dei movimenti fisiologici del colon. I risultati delle ricerche dettagliate hanno un vasto valore teorico e pratico. Egli distingue con Faulhaber due forme di stitichezza: l'ipocinetica e la discinetica: questa ultima sarebbe l'espressione di un processo infiammatorio. È svolto in modo completo il meccanismo d'azione dei purganti ed il quadro radioscopico della tubercolosi ileocecale.

Le illustrazioni sono numerose e dimostrative. Il libro è da consigliarsi ad ogni medico anche non specialista per la chiarezza di vedute su tutte le questioni che si riferiscono al «problema del colon». P. ALESSANDRINI.

H. DETERMANN. *Die vegetarische und fleischarme Ernährung.* Albu Sammlung, V Bd., H. 5. Halle a. S., Carl Marhold, 1914. Prezzo Mk. 2.

La questione del vitto vegetariano o carneo è trattato in questo opuscolo in maniera completa. Dopo considerazioni fisiologiche generali in cui l'A. dimostra se non indispensabile almeno consigliabile ad un uomo sano una prevalenza di alimentazione vegetariana, egli parla a lungo sulle condizioni atte a rendere un vitto vegetariano gradito e facilmente digeribile. Infine passa a considerare le indicazioni di una dieta prevalentemente vegetariana nelle varie malattie.

Il lavoro del Determann arricchisce di un importante contributo la preziosa collezione delle monografie diretta dall'Albu, perchè oltre ad esporre le questioni più ardue del ricambio in forma semplice ha un valore pratico notevole.

P. A.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CASTIGLIONI ARTURO. — Carlo Goldoni medico. — Firenze, 1913.

GRASSI ERNESTO. — Brefotrofio Provinciale di Milano. Relazione generale per l'anno 1913. — Milano, 1914.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Assemblea della Federazione degli Ordini dei Medici.

Nei giorni 20 e 21 dicembre si tenne a Bologna, nell'Archiginnasio, l'assemblea annuale degli Ordini dei medici che riuscì assai numerosa, essendovi rappresentati quasi tutti gli Ordini d'Italia.

Diresse i lavori il prof. Silvagni, presidente dell'Ordine di Bologna, che era stato l'organizzatore del Congresso. Per Roma erano presenti i dottori Ballerini, Villa e Venere.

L'ordine del giorno comprendeva numerose ed importanti questioni attinentisi particolarmente al funzionamento della legge sugli Ordini ed alla sua interpretazione. Il presidente federale dottor Filippetti ricordò, con elevate parole, il lavoro alacre e fecondo del consigliere defunto dott. Alfredo Garofalo e fece il rendiconto morale sull'opera spiegata dal Consiglio nel decorso anno.

Sulle comunicazioni del presidente si sollevò una vivace ed ampia discussione, che si chiuse con un ordine del giorno di sfiducia, votato a grandissima maggioranza, talchè il Consiglio dovette rassegnare le sue dimissioni.

***

Un argomento che diede luogo a lungo dibattito fu quello della sede federale, sostenendosi da molti che questa dovesse essere Roma, da altri invece che la Federazione risiedesse ove si trovava il presidente. Prevalse questa seconda tendenza. Gli altri argomenti furono quasi tutti demandati, per lo studio, al nuovo Consiglio federale.

***

Assai apprezzata, da tutti i congressisti, fu l'idea di farli assistere ad una lezione tenuta dal prof. Murri nella clinica di S. Orsola.

Il Maestro, vivamente applaudito, parlò da par suo, della missione del medico ed ebbe modo di soffermarsi sull'attuale conflitto internazionale e sulla neutralità dell'Italia. Trattò poi della sifilide viscerale e della necessità di prontamente diagnosticarla per evitarne i danni irreparabili.

***

Il nuovo Consiglio federale riuscì composto come segue: presidente, prof. Luigi Silvagni; consiglieri: Altichieri (Liguria); Ballerini (Lazio); Bentivegna (Sicilia); Boccasso (Piemonte); Braccini (Umbria); Cappelletti (Venezia); Contuzzi (Campania); Cortelli (Abruzzo e Molise); Dal Prato (Romagna); De Plano (Sardegna); Ferruta (Toscana); Forlanini (Lombardia); Grandoni (Calabria); Mandragora (Puglie); Ruzzini (Marche); Secchieri (Emilia).

Il Consiglio, costituitosi immediatamente, tenne seduta la sera del 21 e nominò: vice-presidente, Cappelletti; segretario, Dal Prato; cassiere, Ruzzini.

La sede della Federazione degli Ordini dei medici è dunque a Bologna, piazza Galvani, Archiginnasio.

B.

Gli ufficiali medici di complemento.

Mi si conceda di scrivere una parola in proposito, parola disadorna e modesta, ma informata ad un profondo senso di sincerità e di giustizia.

Il chiarissimo collega dottor G. L. Gestro ha giustamente e nobilmente detto: « In caso di mobilitazione dell'Esercito, nell'interesse del servizio, ben altri serî problemi da risolvere nel Corpo sanitario, ben altri provvedimenti d'urgenza da prendere che quelli della promozione di un tenente a capitano ».

E sta bene, ma non è men vero che non tutto si riduce ad una miserabile questione di *gal loni* o di *filetti;* no, il fatto ha un'importanza ancor maggiore.

La posizione dell'ufficiale medico in congedo è un po' diversa da quella dell'ufficiale in congedo in genere. L'opera del primo è opera essenzialmente tecnica, che resta pur sempre la stessa, sia che si svolga nell'ambiente militare sia fuori, nel mentre il secondo in generale — a meno che non sia tutti i momenti richiamato in servizio — viene a poco a poco a perdere quel razionale allenamento teorico e pratico alla funzioni militari, poichè in generale svolge la sua attività in un campo essenzialmente diverso. Perciò sarebbe giusto che all'ufficiale medico in congedo venisse riconosciuta mercè un più rapido avanzamento la personale idoneità a funzioni direttive e di comando superiore che logicamente gli derivano dagli acquisiti titoli scientifico-pratici e dalla maggiore esperienza. Nessuno pensa a negare l'educazione squisita, il senso di collegialità, il cameratismo dei colleghi dell'Esercito e della Marina, ma appunto il non ritrovarsi nella posizione di grado adeguata alle proprie condizioni di età e di car-

riera, ingenera nell'una e nell'altra parte l'imbarazzo, il malessere, qualche volta il malinteso ed il malumore, quasi sempre, nella migliore delle ipotesi, la paralisi di felici iniziative e di preziose fattività personali a tutto danno del servizio. E ciò senza parlare dei maggiori danni, che in caso di morte in servizio verrebbero a ricadere sulle famiglie dei colpiti, essendo in tale disgraziata evenienza le pensioni liquidate in base ad un grado anzichè ad un altro.

In conclusione, a mio modesto modo di vedere, sarebbe giustizia da parte del competente Dicastero, provvedere in proposito e sollecitamente. Ed il momento sarebbe in tanto più opportuno in quanto il Corpo sanitario militare ha la somma ventura di avere a suo capo supremo il tenente generale L. Ferrero di Cavallerleone dal cuore e dalla mente aperti ad ogni idea generosa di equità e giustizia.

S. Paulo (Brasile), 1° dicembre 1914.

Prof. Dottor Ernesto Tramonti.

***

Assemblea dei capi di uffici d'igiene. — Il 21 dicembre si è adunata a Bologna l'assemblea generale straordinaria dell'Associazione degli ufficiali sanitari capi di uffici d'igiene. L'assemblea esaminò un progetto di regolamento generale per gli Uffici d'igiene formulato dal professor Vivante, che è stato incaricato di redigere, in seguito alla discussione, il testo definitivo. Si è proceduto alla elezione delle cariche.

Federazione degli Ordini dei medici. — Il neo-presidente prof. Luigi Silvagni di Bologna ha diramato la seguente circolare ai signori presidenti dei singoli Ordini:

« Nell'accogliere l'onorevolissima nomina che il III nostro Congresso mi ha conferito di presidente della Federazione degli Ordini, ho il dovere di porgere il mio grato ed amichevole saluto agli Ordini federati ed ai colleghi che li presiedono.

« Perchè il compito mio sia reso più facile, io invoco la cooperazione di tutti i miei colleghi, compresi quelli degli Ordini che non sono stati rappresentati al Congresso. Io attendo anche da loro la benevole e cordiale assistenza collegiale. La concordia di tutti noi è necessaria per vincere gli ostacoli che ancora si frappongono alla rigogliosa vita degli Ordini e da questa concordia deve trarre forza la modesta opera mia e dei colleghi che sono stati eletti a comporre il Consiglio federale ».

Il nuovo Consiglio di Presidenza dell'A. N. M. C. — All'Assemblea di Bologna è stato fatto il sorteggio voluto dal deliberato di Parma per la rinnovazione del Consiglio di Presidenza, sorteggio limitato a soli tre nomi essendo un posto di vicepresidente vacante per la morte del collega Avegno; uscirono dall'urna i nomi dei colleghi Brunelli, rieleggibile, Cingolani e Ranelletti, non rieleggibili. La votazione per la loro sostituzione dette per risultato la rielezione del dott. Brunelli, a presidente generale, dei dottori Montanari e Nicola Vacino a vice-presidenti, e del dott. Tonelli a segretario. Per tali risultati il Consiglio di Presidenza resta così composto:

Presidente generale: Dottor Umberto Brunelli che fino a tutto maggio avrà il suo indirizzo a Bologna, Via Indipendenza 34. — Vice-presidenti: Dottor Tito Montanari, Venezia (S. Barnaba 3079); Dottor Nicola Vacino, Stroppiana (Novara); Dottor Lincoln Guastalla, Mantova; Dottor Lorenzo Piazza, Lentini (Siracusa); Dottor Tiberio Evoli, Melito Porto Salvo (Reggio Calabria). — Segretari: Dottor Carlo Tonelli, Vigatto (Parma); Dottor Ernesto Mattioli, Casalecchio di Reno (Bologna).

Al Presidente Generale sarà quindi inviata tutta la corrispondenza riguardante il materiale da pubblicarsi sul Bollettino « Il Medico condotto », all'infuori di ciò che riguarda i concorsi e le diffide che sarà inviato al dottor Tonelli a Vigatto (Parma) e di ciò che riguarda il movimento dei soci e dei cambi d'indirizzo che sarà come ora inviato al dottor Mattioli a Casalvecchio di Reno.

Sugli sconfinamenti. — La Presidenza dell'Associazione Nazionale dei medici condotti ha emesso sull'argomento il seguente parere plasmato sulle opinioni manifestate singolarmente dai colleghi, e sopratutto sulle deliberazioni delle adunanze sezionali e regionali che si occuparono dell'argomento:

« È consigliabile ai medici condotti di restringere la propria attività, nell'interesse stesso del servizio, alla propria condotta, e di riflettere, innanzi di prendere in cura un malato esterno, alla grave responsabilità che si assume di fronte ai bisogni urgenti dell'infermo ed alle possibili noie ed imbarazzi che potrebbe cagionare al collega titolare.

« A sua volta perde temporaneamente il diritto alla assistenza obbligatoria del medico condotto, chi non in via d'urgenza si fa visitare da altro sanitario.

« Il medico condotto che intende assumere in cura un malato non appartenente alla sua con-

dotta non deve mai dimenticare i seguenti suoi doveri:

a) deve darne partecipazione al collega titolare e accertarsi che questi abbia ricevuto regolare congedo e abbia percepito gli onorari dovutigli;

b) non deve praticare abbonamenti nè tariffa inferiore a quella dell'Ordine per le visite fuori città;

c) non deve fare recapito in quella famiglia per dare consulti ad altre persone;

d) deve immediatamente ritirarsi dalla cura restando sempre consulente, quando per ragione d'urgenza od altra qualsiasi l'infermo abbia dovuto ricorrere al titolare della condotta.

« È dovere di ogni collega astenersi in modo assoluto di recarsi nel territorio di un medico condotto che sia vitima d'isolamento in seguito a persecuzione politica o religiosa, dovendo in questi casi il sentimento della solidarietà predominare su ogni altra considerazione ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4931) *Sessennii - Identificazione di cadaveri.* — Il Dott. M. A. G. P. da F. desidera conoscere se nello aumento sessennale dello stipendio al medico condotto debba essere considerata l'indennità di viaggio, l'alloggio e lo assegno quale ufficiale sanitario e se abbia il medico diritto a compenso per lo accertamento delle morti avvenute per ferite a seguito di inviti dell'Arma dei RR. CC.

Il sessennio si calcola sullo stipendio, escluse altre indennità ed assegni, come quelli da Lei indicati nel quesito. Si ha diritto alla trasferta nei casi di visita diretta ad accertare l'esito letale di ferimenti. Deve provvedere a pagarla, chi ha chiamato il medico.

(4932) *Visita delle carni da macello.* — Il Dott. S. P. da S. M. desidera conoscere se possa rifiutarsi ad eseguire la visita delle carni da macello in un posto dove esiste il veterinario condotto.

Dal momento che sul posto esiste il veterinario condotto spetta a lui di eseguire la visita delle carni da macello. Il detto funzionario deve distribuire in modo le sue quotidiane operazioni professionali da poter soddisfare anche a detta visita. In tali condizioni Ella può ben rifiutarsi ad eseguirla.

(4933) *Pagamento di prestazioni mediche.* — Il Dott. N. A. da R. V. chiede conoscere se avendo prestato cure mediche a due operai, contro cui ha ottenuto sentenza di condanna, possa, in vista della loro nullatenenza, notificare la sentenza di condanna al Comune od alla Congregazione di carità del paese d'origine.

Il Comune o la Congregazione di carità del paese di origine hanno, in determinate circostanze, l'obbligo di pagare debiti di spedalità, ma non il compenso di cure mediche prestate a domicilio ai proprî connaturali. È inutile, quindi, che proceda alla notifica della sentenza ai sopradetti enti, giacchè essi non hanno alcun obbligo di pagare debiti privati. Lo stesso dicasi per quello che appartiene a codesto Comune, che non era compreso nello elenco dei poveri.

(4934) *Farmacia - Vendita di prodotti a dose e forma di medicamento.* — Il Dott. A. A. da B. desidera conoscere la disposizione precisa della legge che vieta ai farmacisti di somministrare alcun medicamento senza la ricetta del medico salvo le sostanze medicamentose la cui vendita è lecita a tutti.

L'art. 57 del testo unico delle leggi sanitarie modificato dalla legge 22 maggio 1913, n. 468, dichiara che nelle farmacie deve effettuarsi la vendita dei medicinali a forme e dose di medicamento. Or poichè l'ordinazione di medicinali a forme e dose di medicamento è compito del medico, ed è compendiata nella ricetta, è chiaro che il farmacista nella vendita di dette sostanze a forma e dose di medicamento, non può prescindere dalla ricetta. Se compilasse egli od altri, che non sia medico, la ricetta, cadrebbe nella contravvenzione prevista dallo articolo 52 e 53 del precitato testo unico. L'obbligo della ricetta nella spedizione di medicinali risulta inoltre dagli articoli 61 del testo unico e dallo articolo 78 del regolamento 3 febbraio 1901, n. 45.

(4935) *Licenziamento per termine di prova.* — Il Dott. M. S. da A. chiede conoscere se sia lecito ad un Comune porre nel proprio capitolato che il licenziamento del medico condotto per fine di ferma possa essere disposto due, anzichè tre mesi prima che il biennio si compia.

Non è legale e merita annullamento una disposizione del genere perchè palesemente contraria al disposto dell'articolo 32 della legge sanitaria.

(4936) *Elenco dei poveri.* — Il Dott. X. Z. da P. desidere conoscere se la vertenza sorta fra i medici di Cremona per la formazione e la revisione dello elenco dei poveri sia identica a quella che egli ha col proprio Municipio e se sia legale che il sindaco rilasci ad individui non iscritti nello elenco dei poveri dei certificati di povertà, che li abilitano ad essere ammessi alla cura ed assistenza sanitaria gratuita.

Non conosciamo la vertenza che dice esistere in Cremona per lo elenco dei poveri. In tesi gnerale crediamo equo e giusto che il medico ottenga rifazione di danni per la mancanza del-

la revisione annuale dello elenco dei poveri, giacchè l'inadempimento di tale funzione di legge, lo espone a subire spesso forti diminuzioni di introito professionale. Ed è universale principio di diritto che colui che per fatto suo o per negligenza cagiona danno ad un altro, è obbligato a risarcirlo. Non possiamo poi approvare l'espediente invalso di munire di appositi certificati coloro che chiedono gratuito presidio medico-chirurgico. La legge vuole che la prova della povertà, risulti da unica fonte, cioè, dallo elenco. Se l'individuo è in questo compreso, ha diritto a cura gratuita, non l'ha chi non vi è compreso. Il medico può anche rifiutarsi a ricevere gratuitamente in cura l'apportatore del certificato. Il sindaco può provvedere in tal modo solo pei poveri di passaggio. Crederemmo opportuno che Ella, a salvaguardia dei proprî interessi, notificasse atto legale di protesta contro il Comune, dichiarando che inizierà giudizio per danni se fra un mese non sarà provveduto alla annuale revisione dello elenco dei poveri.

(4937) *Monte Pensioni - Ricchezza mobile.* — Il Dott. G. P. da R. L. desidera conoscere se può chiedere la rivalsa della R. M. e del contributo Monte Pensioni in un Comune ove ha servito per diversi mesi come interino.

Non è ripetibile la R. M. pagata sull'assegno mensile riscosso come interino, perchè la R. M colpisce tutti indistintamente gli stipendi, gli assegni, le paghe, ecc., senza riguardo alla specie della nomina e del servizio se, cioè, stabile o provvisorio. I contributi Monte Pensioni durante l'interinato avrebbero potuti non essere pagati. Dal momento però che lo furono, non si possono più richiedere in restituzione perchè varranno a diminuire il periodo di tempo necessario per lo acquisto del diritto a pensione e sono ritenuti quindi come volontariamente pagati.

(4938) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. R. S. da V. espone che in un paese vi sono tre medici di cui uno libero esercente e due medici condotti. Questi ultimi sono forniti del diploma di ufficiale sanitario. Il libero esercente non possiede alcun titolo. Chiede conoscere chi di costoro dovrebbe essere ufficiale sanitario.

Per legge dovrebbe essere il libero esercente. Però costui deve fare il concorso, che sarà bandito dal prefetto della provincia, a tempo opportuno. Doctor JUSTITIA.

Pubblicheremo prossimamente:

BRECCIA, *Sul pneumotorace artificiale.*

DI MARZIO, *Sulla tecnica della cherato-sclero-iridectomia.*

FISICHELLA. *La cura dell'ulcera cronica vulvare.*

CONDOTTE E CONCORSI.

ARENA (*Catanzaro*). — Condotta consorziale con Acqui, Dasà e Dinami. L. 2000 e L. 500 per indennità cavalcatura. Limite d'età anni 35. Scadenza 15 gennaio.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Condotta di Val di Bidente (IV); kmq. 98; abitanti 1622; L. 3000 p. poveri, con due sessenni, L. 700 p. gli abbienti e L. 600 cav. lorde; L. 500 per disagiata residenza nette di R. M. Scad. 15 genn. Servizio entro 15 giorni. Docum. all'Ufficio comunale che risiede a S. Piero in Bagno.

* BIBBIENA (*Arezzo*). — 2ª condotta; L. 3000 lorde, tre sessenni, L. 600 per cavalc.; obbligo di prestare servizio nell'Ospedale locale col compenso che verrà concesso da quell'Amministrazione. Età limite anni 40. Servizio in qualche ospedale pubblico. Scadenza 20 gennaio.

BOSNASCO (*Pavia*). — Condotta piena; abitanti 1021; L. 3600. Facoltà del nominato di chiedere entro il biennio trasformazione in condotta libera. Scadenza 20 gennaio.

BOVES (*Cuneo*). Condotto; L. 1700. Scadenza 15 gennaio.

BURGIO (*Girgenti*). — Condotta; L. 2500 pei poveri. Scadenza 31 gennaio.

CAPRESE-MICHELANGELO (*Arezzo*). — A tutto il 20 genn. condotta; L. 3900 p. poveri, L. 600 p. abbienti, L. 100 p. l'a. f., L. 100 come U. S.; un triennio ed un sessennio del decimo; al lordo di R. M.; alloggio; obbl. cav. Ab. 3000. Età massima 60 anni. Servizio entro 15 giorni.

CASALETTO SPARTANO (*Salerno*). — Condotto gener.; L. 2000 oltre L. 250 se U. S. Scad. 30 genn.

* CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — 2ª condotta piena; L. 3000 lorde e L. 700 per cav. obbligatoria; L. 0.50 per ogni visita oltre un km. dalla residenza; due sessenni. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 5 gennaio.

* CHIANCIANO (*Siena*). — 1ª condotta; cura piena; ab. 2988 di cui 1696 in campagna; due zone; L. 3225 lorde e due sessenni; L. 100 per supplenza. Scad. 15 genn. Servizio entro 20 g.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Aiuto chirurgo; nomina biennale; L. 2400 lorde. Servizio entro 30 giorni. Scad. 15 genn. Il posto ha carattere di perfezionamento, non di condotta.

CROSARA (*Vicenza*). — Medico; L. 3000 lorde più L. 160 quale U. S. e L. 500 cavalc., due sessenni, soli poveri. Alloggio. Ab. 3104. Età 45 anni salvo eccez. regol. Assunzione entro 15 giorni. Scadenza 20 gennaio.

FALERIA (*Roma*). — Condotta; L. 3600 nette oltre L. 120 U. S. Scadenza 20 gennaio.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Condotto pei poveri; L. 1800 lorde. Scadenza 24 genn. La locale Società Operaia darà altre lire 2200 annue per la cura dei soci. Rivolgersi al sindaco ed al presidente della Società.

LUCCA. — Concorso con prova d'esame per la ottava circoscrizione rurale e residenza a Moriano S. Gemignano. Popolazione 6600 con 35

famiglie povere. 10° Circondario. Ab. 4500; 200 poveri; L. 2500; quattro sessenni. Scad. 15 genn.

LUCCA SICULA (*Girgenti*). — È aperto il concorso fino al 31 gennaio per la 2ª condotta medica. Cura piena; popolazione 2600; stipendio lordo L. 2500 annue.

MILANO. *Consiglio degli Istituti ospitalieri.* — Medico vice-ispettore; L. 3200 nette di R. M.; quattro quadrienni di L. 500. Titoli ed esami. Servizio notturno. Anno di prova. Docum. al Protocollo del Consiglio non oltre le ore 16 del 10 febbraio. Età massima 35 anni.

NULE (*Sassari*). — Condotta medica; L. 3500 nette con due aumenti. Cercasi intanto medico condotto interino; stipendio da convenirsi. Rivolgersi al sindaco. Scadenza 20 gennaio.

PALMIRA (*Potenza*). — Condotta pei soli poveri; L. 1200 lorde. Età non superiore ai 40 anni. Scadenza 15 gennaio.

* PIANDIMELETO (*Pesaro*). — Sede dell'Amministrazione consorziale per il servizio sanitario fra 3 Comuni; 1° riparto; L. 4500 lorde (L. 3000 p. poveri e L. 1500 p. abbienti) con 3 sessenni di L. 300 e indennità di L. 200 se U. S.; mese congedo con compenso di L. 187.50 e 10 giorni di congedo straordinario. Età massima anni 40. Servizio entro 15 giorni. Scadenza 15 gennaio.

POZZO ALTO (*Pesaro*). — Condotto; L. 3900 (ripartite L. 3000 per i pov., L. 600 per i semi-abb., L. 300 cavalc. senza obbligo, L. 100 U. S.); alloggio; assicurazione (L. 12,000 caso morte; L. 20,000 per invalidità permanente; L. 8 al giorno caso invalidità tempor.). Scad. 25 genn.

ROCCA DI CAVE (*Roma*). — Condotto; L. 3000 più L. 100 per a. f. Scadenza 31 gennaio.

ROMA. *Ferrovie dello Stato* (Direzione generale). — Concorso per titoli a 40 posti di medico di riparto. Vedi fasc. 1. Scad. 15 gennaio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma.* — Concorso per 30 assistenti medico-chirurghi. Vedi fasc. 1. Scad. 15 genn.

S. MARIA MONTE (*Firenze*). — 2ª condotta piena; L. 3500 lorde, oltre l'assegno per cavalc. di L. 700. Due sessenni obbligatori e due facoltativi. Scadenza 24 gennaio.

SERRA DEI CONTI (*Ancona*). — Due condotte; L. 3000 per 1000 poveri, L. 75 per ogni 100 poveri in più, L. 800 semiabbienti, L. 700 cavallo; tre sessenni; L. 200 U. S. Popolazione 3052; ospedale. Scadenza 27 gennaio.

TERNI (*Perugia*). — Il Comune cerca tre interini assistenti per l'ospedale ai quali è affidata la supplenza delle condotte medico-chirurgiche della città e suburbio. Imminente * concorso al quale avranno preferenza gli interini. Stipendio L. 167 mensili più L. 5 al giorno per supplenza condotte. Rivolgersi Ufficio sanitario del Comune. Scadenza 14 gennaio.

TOANO (*Reggio Emilia*). — Condotta residenziale per ab. 5200 dei quali 400 poveri; territorio montuoso, di ett. 10,000, con una maggior lunghezza di km. 25 circa; L. 3300 con due sessenni, L. 700 indennità cavalc., L. 200 per U. S., L. 100 per armadio farmaceutico. Età non oltre il 50° anno. Scadenza 15 gennaio.

VIGANELLA (*Novara*). — Consorzio; kmq. 25 circa, in montagna; ab. 2415; L. 3200 lorde pei poveri (20 % incirca); eventuale estensione alla generalità per alcuni Comuni. Scad. 31 genn.

ZIBELLO (*Parma*). — Condotta di Pieveottille, in perfetta pianura, residenziale; ab. 1674 dei quali 1134 poveri; non occorre cavallo; L. 3500 lorde e sessenni; capitolato concordato. Scadenza 15 gennaio.

* ZORLESCO (*Milano*). — Condotta piena; abitanti 2049; L. 3500 e tre sessenni; U. S. L. 100; indennità trasporti L. 300. Scad. 13 gennaio.

Medico giovane assumerebbe interinato, anche breve, in piccolo Comune, purchè con popolazione riunita, od assistentato ospedale. Preferiscesi Italia Centrale-Meridionale. Scrivere dott. Vittorio Landini in Roma, fermo posta.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide: Albairate (Milano), Monte S. Martino (Macerata), Bosnasco (Pavia).

Conferma di diffide: Montalto Pavese (Pavia).

Revoca di diffide: Brembilla (Bergamo), Pescaglia (Lucca), Motta Baluffi (Cremona), Bastiglia (Modena), Tronzano (Novara).

La *Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica*, presa visione dell'avviso di concorso bandito il 28 novembre u. s. dalla R. Prefettura di Foggia per la nomina definitiva dell'ufficiale sanitario in 25 Comuni della provincia; considerato che il concorso non è giustificato, e che le condizioni di stipendio sono inadeguate alla importanza della funzione ed al complesso esame richiesto; a tutela dei diritti legalmente acquisiti da alcuni degli attuali ufficiali sanitari incaricati; in attesa che con opportuni emendamenti alla vigente legislazione sia in tutti i Comuni rinvigorito l'istituto dell'ufficiale sanitario con la determinazione chiara ed uniforme della sua posizione giuridica ed economica; proclama il boicottaggio del concorso per il posto di ufficiale sanitario nei 25 Comuni seguenti: Alberona, Biccari, Margherita di Savoia, Motta Montecorvino, Ortanova, Roseto Valfortore, San Ferdinando di Puglia, Stornarella, Stornara, Vieste, Volturara Appula, Volturino (Circondario di Foggia) — Carlandina, Carpino, Chieuti, Ischitella, Peschici, San Paolo Civitade, Serra Capriola, Vico Garganico (Circondario di San Severo) — Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle San Vito, Deliceto, Panni (Circondario di Bovino). Rivolge caldo appello alla solidarietà dei colleghi perchè, a tutela del decoro e degli interessi morali ed economici della classe, si astengano dal partecipare al concorso, rifiutandosi di assumere, sia pure internalmente, l'incarico di ufficiale sanitario nei detti Comuni.

Il presidente: Prof. Tito Gualdi.
Il segretario: Dott. G. Palomba.

Ci si comunica dalla Sezione provinciale aretina dell'A. N. M. C.:

« È diffidata la condotta del Comune di Bibbiena, perchè a cura piena e con stipendio insufficiente (L. 3000 lorde, più 600 lire per indennità di cavalcatura, per la cura medico-chirurgica di 4324 abitanti). — Si noti che la maggioranza della popolazione è costituita da persone che potrebbero retribuire il medico, e che la quota dello stipendio assegnata per la cura dei poveri è di sole L. 1700.

È diffidato il Comune di Castiglion Fiorentino perchè ha voluto ad ogni costo mantenere in due condotte vacanti il sistema della cura piena. Si noti che in data 14 dicembre 1913 fu emesso un decreto del Governo del Re, nel quale veniva imposta al Comune suddetto la condotta residenziale; ma l'Amministrazione comunale mostra di ignorare il contenuto di questo decreto reale ed apre il concorso a tutta cura.

Si avvertono quindi i colleghi di non lasciarsi allettare dall'insidioso aumento di stipendio e si pregano di non concorrere.

Dott. Pietro Barbiera
Segretario della Sezione aretina
dell'A. N. M. C. ».

Milano. — Il *Consiglio degli Istituti ospitalieri* ha aperto il concorso al « Premio Dell'Acqua » di L. 414.81, da conferirsi all'autore della migliore memoria o tema libero di medicina o di chirurgia o medico-chirurgico, scritti in buona lingua italiana.

Gli aspiranti al premio devono essere medici supplenti od assistenti presso l'Ospedale Maggiore di Milano e non avere oltrepassata l'età di anni 35.

Le memorie dovranno, secondo le consuete forme accademiche, essere contraddistinte da un'epigrafe ripetuta sopra una scheda suggellata contenente il nome dell'autore e dovranno essere presentate all'Ufficio di protocollo del Consiglio non più tardi delle ore 16 del giorno 30 dicembre 1915.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Bologna. — Il dott. Zanotti Pirro è nominato assistente in medicina legale.

Cagliari. — Sono nominati aiuti i dottori: Lanza Luigi in clinica medica, Zagari Eugenio in patologia medica.

Catania. — Il dott. Casati Pietro è nominato assistente in medicina operatoria.

Genova. — Il Dott. Cagnetta dVincenzo è nominato assistente in medicina operatoria.

Modena. — Il prof. Sperino Giuseppe, ordinario di anatomia umana, è nominato preside della Facoltà di medicina e chirurgia.

Napoli. — Il dott. Carere Girolamo è abilitato alla libera docenza in patologia chirurgica.

Roma. — Il dott. Galassi Naldo è nominato assistente in medicina legale.

Cuneo. — Il dott. Lilla Italo è nominato membro del Consiglio provinciale di sanità sino a tutto il 1915, in sostituzione del dott. Bonelli Luca, dimissionario.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

LETTERE DA PARIGI.

Le ferite in guerra. — Il dottor Hartmann comunica all'Accademia di medicina che nelle ferite dell'attuale guerra esiste una grande proporzione di fratture, che si rivelano per la presenza di frequenti scheggie ossee.

La più gran parte di tali ferite è dovuta all'artiglieria (169 volte su 268 casi raccolti dal dottor Hartmann). Per ciò che concerne la gangrena gassosa il dottor Hartmann è d'opinione che l'iniezione interstiziale di acqua ossigenata non serve ad altro che a perdere tempo. Bisogna piuttosto disinfettare energicamente e completamente il focolaio iniziale e sbrigliare le parti invase; in tal maniera si potrà sperare di salvare i membri colpiti, ma se il processo ha invaso tutto l'arto, bisognerà senza indugio procedere all'amputazione.

I dottori della marina Couteaud e Maille riferiscono su di un caso di carbonchio che ha complicato una ferita del dorso che si presentava con caratteri benigni. I sintomi furono del resto assai indecisi, e la diagnosi fu potuta fare in base all'esame batteriologico degli umori della ferita. Questa osservazione è la sola che sia stata fatta su 7000 feriti curati all'ospedale di Cherbourg.

Impotenza nervosa funzionale dei feriti. — Un certo numero di feriti, come riferisce il dottor Sollier all'Accademia di medicina, benchè guariti delle loro lesioni, restano nell'impossibilità di servirsi del membro ferito. Questi postumi del trauma debbono secondo il Sollier dividersi in parecchie categorie. Alcuni soggetti, forniti di emotività particolare, temono di muovere il loro arto che fu ferito e si oppongono a che si faccia il più piccolo movimento. Altri, isterici, sono affetti da contratture che dipendono da tale causa. Una terza serie è formata da nevropatici che hanno perduto il potere di rappresentarsi mentalmente i movimenti da eseguire. Ci sono finalmente degli ipocondriaci che si considerano come dei malati incurabili e agiscono in conseguenza. Tutti questi malati debbono essere sottoposti a una cura che sia insieme psichica e motoria, nella quale principalmente dovrà rifarsi l'educazione dei movimenti.

L'acqua potabile e gli eserciti in guerra. — Il rifornimento in acqua potabile degli eserciti in campagna è uno dei problemi dei più difficili a risolvere in modo soddisfacente. Diversi

sistemi sono messi in opera al presente, sia usando degli apparecchi speciali, sia impiegando dei prodotti chimici particolari. Ma data la grande estensione delle attuali fronti di battaglia, questi sistemi sono tutti più o meno inadeguati allo scopo da raggiungere. Nell'esercito francese si è cercato di ottenere che non sia fornita ai soldati che acqua bollita. I servizi competenti hanno anche studiato la possibilità di fornire ai soldati, come si pratica negli eserciti russo e inglese, delle leggere infusioni di the, ma fino ad ora non si è riusciti a trovare una soluzione di applicazione pratica.

I professori Bordas e Brocq in uno studio presentato in questi giorni all'Accademia delle scienze esaminano anzitutto se è possibile di procurare alle truppe in campagna del the in quantità sufficiente, quindi se è possibile fornire dell'acqua a 100°, e in ultimo se è possibile distribuire tale bevanda ai soldati ogni giorno.

Sul primo punto, l'esperienza mostra che è possibile aromatizzare un litro d'acqua impiegando da dodici a quindici grammi di thè. Questa quantità è sufficiente a comunicare anche all'acqua il colorito caratteristico. Per un esercito di un milione di soldati occorreranno dunque 15,000 kg. di thè al giorno.

Supponiamo ora che si debba fornire il thè a una unità di diecimila uomini, distribuita su di un fronte di 10 chilometri, in ragione di un litro per uomo ogni 24 ore. Il sistema di distribuzione, secondo i professori Bordas e Brocq, sarà il seguente: cinquanta piccoli posti, ciascuno munito di una botte della capacità di 228 litri, saranno distribuiti dietro le linee, in un punto facilmente accessibile pei carri automobili e a una distanza tale che permetta alle truppe combattenti di riempire i bidoni individuali per una giornata.

Tali piccoli posti sono riforniti nel modo seguente: indietro e verso il centro della linea possibilmente in un punto di incrocio della ferrovia a una distanza di 10 chilometri circa dai piccoli posti vi sarà una stazione munita di una o due caldaie locomobili, come quelle usate per i lavori agricoli, capaci di fornire 200 litri di vapore all'ora.

Ciascuna delle locomobili fornirà il vapore che uscirà da una rampa di 10 tubi in ferro corrispondenti ciascuno all'orificio delle 10 botti, poste l'una in fila all'altra su di un carro automobile. Le botti conterranno una quindicina di litri d'acqua, più un sacchetto di tela ripieno della quantità di thè necessaria. L'acqua proveniente dal vapore condensato oltre quella già precedentemente immessa, si troverà in ebollizione al momento in cui la botte sarà piena di liquido, ciò che domanderà in tutto 6 minuti.

Il carro automobile sarà allora fatto partire immediatamente e consegnerà ai 10 piccoli posti la botte piena, ritirandone la botte vuota. I treni sanitari potrebbero fornire collo stesso sistema del vapore per il thè, per i feriti. Altrove si possono utilizzare locomotive, caldaie d'officine, ecc. Il materiale esiste e non costerebbe molta fatica il metterlo in opera.

Parigi, 10 dicembre 1914.

Dottor GOD.

COLTURA SUPERIORE.

Sulla riforma degli studi universitari.

I professori V. Aducco, G. Arcangeli, D. Baldi, De Cesaris-Demel, E. Ficalbi, G. Guarnieri, G. Romiti con una pubblica protesta datata da Pisa il 20 giugno 1914, domandano l'adesione di quanti hanno caro il Sapere ed il buon nome d'Italia per appellarsi al Paese sulle proposte della Commissione Reale che dovrebbero essere di base ad una *legge di riforma degli studi universitari,* le quali loro sembrano piuttosto atte a peggiorare la legge attuale di quello che a migliorarla per quanto riguarda lo studio della medicina. La Commissione Reale vorrebbe che dalle Facoltà di Medicina uscissero due categorie di licenziati: i dottori in medicina ed i medici pratici. Gli aspiranti al dottorato dovrebbero fare un corso di biologia presso a poco come si pratica oggi; i medici pratici, no. Per questa categoria di studenti universitari lo studio è quasi tutto concentrato in qualche clinica solamente. Di più si vorrebbe che i dottori in Medicina non avessero il diritto di esercitare la professione del medico, mentre questo è concesso ai medici pratici. I professori della Facoltà medica di Pisa dichiarano che sapendo essi per esperienza che si hanno inscritti nella Facoltà di Medicina in quanto questa abilita all'esercizio della professione, così ne avverrà che con i nuovi concetti informatori di una legge di riforma universitaria spariranno i Dottori cultori delle Scienze biologiche, trionferà vittorioso sulla Scienza l'empirismo come nei secoli passati e su questo non è possibile nemmeno l'ombra della discussione. Essi si augurano che i biologi italiani non permetteranno che una legge inconsulta distrugga in un tratto il luminoso lavoro di secoli.

(*Tribuna Sanitaria*).

NOTIZIE DIVERSE.

Inaugurazione di anni accademici.

A Pisa il prof. A. Cesaris-Demel svolse il tema: « Per il miglior avvenire della scienza »; a Genova il prof. Ducrey si trattenne su « La lebbra in Italia e la necessità di provvedimenti profilattici per combatterla »; a Parma il professor Salvi trattò il tema: « Il cammino dell'umanità: orme del passato e visione dell'avvenire »; a Firenze il prof. G. Resinelli tenne il discorso inaugurale per la riapertura di quell'Istituto di studi superiori trattando il tema: « Guerra e maternità ».

Prolusioni.

A Bologna il prof. Murri parlò dell'ideale d'amore e di pace dei medici ed espose un caso clinico di sifilide viscerale; a Camerino il professore Gallerani trattò la tesi «Educazione fisica e sviluppo cerebrale»; a Sassari il prof. P. L. Bosellini si occupò del « Significato funzionale delle pelle »; a Siena il prof. D. Taddei espose le « Conquiste moderne della chirurgia urinaria ».

Corsi di perfezionamento.

Nell'Ospedale Maggiore di Milano avranno luogo durante l'anno 1914-15 dei corsi in anatomia patologica (prof. Zenoni), in medicina operatoria (prof. Crosti) ed in anatomia ed istologia patologica del sistema nervoso in rapporto alla clinica nevropatologica (prof. Medea).

Sono destinati al Corpo Sanitario Ospedaliero, ma possono iscrivervisi anche medici e studenti di altri istituti.

Il Laboratorio anatomo-patologico è aperto a tutti gli studenti, anche se non appartengano agli Istituti ospedalieri, previa autorizzazione della Direzione medica, sentito il Capo nel caso si dovesse limitare il numero degli studiosi.

Una Commissione della Croce Rossa per i prigionieri di guerra.

Il Comitato centrale della Croce Rossa Italiana, uniformandosi all'invito ricevuto dal Comitato internazionale di Ginevra, ha nominato una Commissione per i prigionieri di guerra, la quale, sotto l'egida della Croce Rossa, si occuperà di tutto ciò che potrà riguardare le condizioni dei militari in istato di prigionia.

La Commissione è così composta: senatore Frascara, vice-presidente della Croce Rossa Italiana, presidente; on. Ciraolo, del Consiglio direttivo della Croce Rossa; conte Manzoni, direttore generale degli affari politici al Ministero degli affari esteri; duca Tommaso Gallarati di Milano; senatore vice-ammiraglio Reynaudi; on. tenente generale Pistoia.

A beneficio della Croce Rossa.

Il « Giornale d'Italia » ha pubblicato un numero straordinario, con testata, prose ed illustrazioni di insigni artisti italiani, composto e messo in vendita a beneficio della Croce Rossa Italiana.

La Croce Rossa Giapponese in Francia.

Il « Journal » riceve da Tokio notizia della preparazione di un convoglio della Croce Rossa Giapponese, destinato a Parigi.

Il servizio sanitario in Francia.

Il direttore generale del servizio sanitario in Francia ha fatto alla Commissione parlamentare per l'esercito alcune interessanti dichiarazioni.

Dal 15 settembre al 30 novembre sono stati curati — egli ha detto — 489,735 feriti. Su questa cifra, il 54.50 per cento sono tornati a combattere; il 24.80 per cento rimangono in cura; l'1.48 per cento sono stati riformati; il 2.48 per cento sono morti. Questa cifra è senza dubbio la più vasta di quelle constatate in Francia nelle più grandi guerre moderne. Ora il servizio sanitario dell'esercito dispone di 3968 ospedali e 360,000 letti, numero superiore al bisogno.

Missione sanitaria svizzera.

Una missione ufficiale comprendente molti medici militari svizzeri si è recata a Lione per visitarvi gli Stabilimenti ospitalieri e le diverse formazioni sanitarie organizzate onde raccogliere i feriti e i malati provenienti dal teatro della guerra.

Gli studenti stranieri nelle scuole mediche inglesi.

La guerra ha portato una forte diminuzione nel numero degli studenti che frequentavano le scuole mediche inglesi, poichè molti si sono arruolati come volontari e prestano servizio come combattenti o come infermieri o come assistenti ai medici. D'altra parte si è avuto un compenso, determinato da nuove iscrizioni di studenti belgi, russi e giapponesi scacciati dalla Germania. Ne sono derivate varie difficoltà, in quanto che alcuni studenti belgi non intendono bene che il francese, mentre in genere gli studenti russi e giapponesi non sono familiarizzati che con il tedesco.

Vengono forniti dei soccorsi agli studenti le cui condizioni economiche sono state troppo dissestate dalla guerra: da 20 a 25 lire it. alla settimana. Onde ottenere questi soccorsi, gli studenti belgi debbono prima sottoporsi ad un esame medico da parte delle autorità belghe, il quale comprovi che sono inadatti al servizio militare.

Sono state accordate altre facilitazioni agli studenti stranieri che seguono i corsi inglesi.

A Cambridge sono stati istituiti dei corsi per gli studenti del Belgio da undici professori di Louvain.

Medici tedeschi condannati in Francia.

Il Consiglio di revisione del governo militare di Parigi ha cassato, per vizio di forma, la sentenza del Consiglio di guerra che condannava alcuni ufficiali medici tedeschi a pene variabili da 6 mesi a 2 anni di carcere per trascuranza nel curare i feriti e per saccheggio a Lizy-sur-Ourque.

Sono stati rinviati ad un secondo Consiglio di guerra.

La Croce Azzurra.

La signora Millerand, moglie del ministro francese della guerra, ha accettato la presidenza della società «Croce Azzurra», organizzata sul modello della omonima società inglese, la quale ha lo scopo di raccogliere i cavalli feriti sul campo di battaglia, i quali, abbandonati a se stessi, morrebbero di emorragia, di infezioni o di fame. Già molti cavalli sono stati salvati e restituiti ai loro reggimenti.

Per l'ospedale italiano di Parigi.

L'editore De Alteriis ha pubblicato le lettere di M.me de Maintenon, un'emula della Sévigné, tradotte da Decio Carli. Il ricavato andrà a beneficio dell'Ospedale italiano di Parigi.

La tintura di iodio in guerra.

Il Governo inglese ha deciso di adottare il metodo antisettico consigliato dai medici francesi per i soldati feriti sul campo, cioè di fornire i soldati di un tubetto di vetro ermeticamente chiuso contenente una certa quantità di tintura di iodio ed un pennello per distenderla.

Il nostro esercito si va provvedendo di migliaia di fiale elastiche in ebanite destinate a contenere tintura di iodio, che può essere spruzzata sulle ferite. Viene così soppresso e sostituito il pennello, che rappresenta un certo pericolo nella trasmissione di forme infettive. Il merito di questa innovazione spetta al generale medico Ferrero di Cavallerleone.

Di queste fialette verranno forniti i militi delle Compagnie di sanità, non tutti i militari combattenti.

Propaganda sanitaria.

Alla Associazione sanitaria e all'Ordine medico di Milano verranno tenute prossimamente interessanti conferenze scientifiche. Verrà svolto da tecnici specialisti un ciclo di conferenze mediche sulla terribile attualità della guerra, con questi temi:

«Le grandi epidemie degli eserciti combattenti».

«La traumatologia di guerra».

«L'assistenza ai feriti».

«Gli ospedali di guerra».

Verrà anche ripresa la trattazione dei moderni concetti sulla sifilide.

Inoltre, previo accordo colla Società d'igiene, l'Associazione sanitaria milanese e l'Ordine medico, daranno il loro appoggio per un ciclo di conferenze sull'igiene sessuale.

La Sezione di Livorno dell'A. N. M. C. ha compiuto un'attiva propaganda nelle scuole ed in istituti privati, a merito dei dottori Benni Assunto, Conti Unico, Dello Strologo Dario, Giacomelli Enrico, Lang Ernesto, Mariotti Mario, Pini Alberto e Ricci Antonio.

All'Università Popolare di Milano il professore E. Bertarelli ha tenuto una conferenza sulla demografia sanitaria in guerra.

Corso per infermieri.

A Fontanellato (Parma), per incarico del presidente dell'Ospedale civile «Petracchi», i dottori Antonio De Castro e B. Carenini han tenuto in quell'Ospedale, un corso teorico-pratico di assistenza chirurgica per infermieri, della durata di due mesi.

I candidati sostennero gli esami felicemente.

La Commissione esaminatrice era composta dell'illustre prof. E. Bertarelli, direttore dell'Istituto d'igiene della R. Università di Parma, del dott. A. De Castro e del dott. B. Carenini.

Elargizioni e lasciti.

La Commissione centrale della Cassa di risparmio di Milano e Provincie lombarde ha assegnato un sussidio di lire 60,000 all'Ospedale di Treviglio ed uno di lire 30,000 a quello di Caravaggio.

Il senatore Gaspare Finali ha lasciato 10 mila lire alla Congregazione di carità e 20 mila lire per il Ricovero dei vecchi di Cesena (Forlì).

Il cav. L. Cristofori, presidente della Cassa di risparmio di Viterbo, testè defunto, oltre a diversi altri cospicui legati, ha lasciato all'Ospedale di Bagnorea lire 50,000 ed un palazzo quivi esistente.

Il cav. Desiderio Beltrami di Voghera ha lasciato alla locale Congregazione di carità il suo patrimonio, che si calcola ascendere ad oltre un milione, per la cura dei tubercolotici poveri.

La signora Adelaide Silva, defunta a Como, ha lasciato 30,000 lire a quella Pia Casa di Ricovero.

Il conte Antonio Zampieri, di famiglia imolese, morto a Savona, istituì erede universale del suo patrimonio, che si valuta a oltre un milione, il Comune d'Imola, per una fondazione di beneficenza a vantaggio della classe lavoratrice di campagna; al tempo stesso la Congregazione di carità di Imola entra in possesso di oltre mezzo milione in beni rustici, costituenti parte dell'eredità della nonna dello Zampieri, lasciata al nipote a questa condizione espressa.

Pro puericoltura.

L'Accademia di medicina di Parigi, su proposta di Pinard e dopo uno scambio di osservazioni, ha approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

«In ragione degli avvenimenti che attraversiamo, l'Accademia considera urgente che il Governo ricordi alla popolazione che, per i neonati, *l'allattamento materno* s'impone più che mai. Nei casi in cui esso è insufficiente, occorre continuarlo malgrado tutto, integrandolo con latte bollito o sterilizzato.

L'Accademia emette il voto che venga data la maggiore pubblicità a questa raccomandazione».

Per i bambini malarici.

L'Associazione «Pro bambini malarici» (Roma), di recente eretta in ente morale, ha eletto a presidente del nuovo Consiglio direttivo l'on. A. Baccelli, sotto i cui auspici certamente la provvida istituzione accrescerà l'azione sua a vantaggio dei piccoli malarici dell'Agro Romano e delle Paludi Pontine.

Pro aumenti di stipendio.

Il Consiglio Ospedaliero Pavese ha deliberato di accogliere in massa la richiesta di un aumento degli stipendi al personale sanitario, come hanno già fatto altre Amministrazioni ospitaliere in considerazione delle maggiori esigenze dei servizio e del costo della vita, e di stabilire tali aumenti in occasione della preparazione del bilancio 1915, con effetto da detto bilancio, augurandosi che con l'aiuto cordiale del personale medico si possano ottenere quelle giuste economie che permettano di avvicinarsi per quanto è possibile alle richieste del Memoriale stesso.

Si è da tempo riunita una Commissione designata dall'Ordine dei Medici di Napoli per promuovere presso le Congreghe e le Società di Mutuo Soccorso gli opportuni provvedimenti atti a portare gli onorari dei medici che ne dipendono a proporzioni più eque e rispondenti all'opera dai sanitari stessi prestata.
Fu votato un ordine del giorno con cui la Commissione stima opportuno convocare tutti i medici adibiti alle Congreghe ed alle S. M. S., onde, in base ai loro chiarimenti e suggerimenti, si possa concretare un'azione efficace verso gli istituti accennati, interessando previamente le Autorità tutorie.

Si tenne poi, allo scopo di concretare l'azione, una riunione molto numerosa all'Ordine dei Medici di Napoli, dei sanitari di Congreghe, Opere pie e Società di mutuo soccorso.
Gl'intervenuti convennero di persistere nell'agitazione. A tale intento vennero nominate due Commissioni, col mandato di riferire in una prossima tornata i criteri più efficienti da servire di base al regolamento da presentare all'Autorità tutoria ed al quale devono uniformarsi coloro che dell'opera di questa parte della classe medica ebbero a servirsi sfruttandola.

Onoranze a colleghi.

La cittadina di Turi nelle Puglie ha voluto onorare nel dott. comm. Aurelio Cisternino un professionista valoroso e modesto che ha speso le sue energie a pro dei sofferenti e dei miseri, elevando la professione medica ad un apostolato. In occasione del suo 40° anno di condotta, un apposito Comitato ha deciso varî festeggiamenti, tra cui l'istituzione di un ambulatorio medico-chirurgico intitolato al festeggiato, la pubblicazione di un numero unico, l'offerta di una pergamena, un banchetto. Le cerimonie si sono svolte tra la più schietta cordialità.

Un medico italiano alla Corte del Negus.

Il capitano medico dott. Annaratone, addetto al Collegio militare di Roma, è stato trasferito nelle truppe coloniali dell'Eritrea; egli si recherà poi in Addis-Abeba, per assumere l'ufficio di medico di fiducia dell'Imperatore di Etiopia. In precedenza alla Corte etiopica erano solo accetti medici francesi e tedeschi.

Vittoria di un collega.

Il Tribunale di Arezzo ha emesso sentenza favorevole al dott. Giuseppe Belli che si era rivolto al magistrato contro una deliberazione del comune di Subbiano, con la quale lo si licenziava, facendolo decadere dalla stabilità.
La sentenza del Tribunale « dichiara che il dott. Giuseppe Belli ha acquistato il diritto alla stabilità come medico-chirurgo condotto del comune di Subbiano;
« dichiara illegittima la deliberazione del Comune di Subbiano del 3 gennaio 1913, notificata al Belli il 21 successivo, col relativo licenziamento, e di conseguenza condanna il Comune di Subbiano a risarcire all'istante i danni derivatigli dalla deliberazione illegittima di cui sopra, da liquidarsi in separata sede;
« condanna il Comune di Subbiano a tutte le spese del giudizio, compreso l'onorario di avvocato, da liquidarsi le une e l'altro dal Giudice decidente, previo il parere del Consiglio dell'Ordine per l'onorario di avvocato ».

Per un intervento chirurgico.

Il Tribunale Civile di Parigi ha riconosciuta valida un'obbligazione contratta in condizioni speciali da una cliente, signora Garthe, verso un chirurgo, dott. Sénéchal. La signora aveva firmato l'obbligazione di L. 2500 il giorno prima che il marito venisse trasportato in una Casa di salute per esservi operato; il dott. Sénéchal aveva avuto l'avvertenza di far regolarizzare il documento dal marito. Questi moriva in seguito all'intervento.
La vedova intendeva ridurre il compenso a L. 1000, affermando che l'obbligazione le era stata strappata esercitando su di lei una violenza morale, poichè l'operazione le era stata indicata come l'unica speranza di salvezza, trattandosi di un male disperato.
Il dott. Sénéchal obbiettava che egli si era offerto di operare gratuitamente il malato in un ospedale.

Elezione contestata.

La Giunta delle elezioni ha contestato l'elezione del collegio di Feltre (era stato proclamato il dott. B. Bellati).

Truffa di campioni di specialità medicinali.

Il rappresentante di Napoli di una Casa di specialità medicinali ha denunziato e fatto arrestare un individuo il quale più volte aveva ritirato dei flaconi di saggio, esibendo un biglietto apocrifo firmato da un medico della città.
La truffa era stata scoperta a caso dal rappresentante, incontratosi a discorrere col medico, al quale raccomandò di curare la diffusione del preparato con tanta insistenza richiesto. Il truffatore era un pregiudicato che aveva già riportato varie condanne per associazione a delinquere, truffe, furti con scasso, ecc.
Egli vendeva i sali purgativi, ritraendone un discreto guadagno.

Divieto d'importazione di carni.

Constatata l'esistenza della peste bovina, della peste suina e della trichinosi in molti paesi, specialmente orientali, è stata vietata l'importazione di animali, loro carni, prodotti e residui da quelle località.

Rassegna della stampa medica.

Gugl. da Saliceto, sett. GOBBI. Sui metodi di ricerca del virus tubercolare.
Medic. Record, 26 sett. STONE. Le reazioni biologiche diagnostiche della sifilide.
Gazz. d. Osp., 20 sett. TIZZONI. La pellagra in Bessarabia.
Wien. klin. Woch., 24 sett. FRAENKEL. Sulla chirurgia di guerra.
Mediz Klinik, 20 sett. HEGMANN. Chirurgia di guerra negli ospedali civili. — LAQUER. Meccano- e idro-terapia pei malati in guerra.
Berl. klin. Woch., 21 sett. MELCHIOR. Sull'atonia gastro-duodenale acuta. — JEGER. La chirurgia dei vasi.
Münch. med. Woch., 22 sett. HAMM. Febbre da riassorbimento o da ritenzione. — GLASER. Sulla patologia del paratifo addominale. — ROMBERG. La cura del tifo addominale. — SCHMIDT. Diagnosi differenziale della dissenteria. — RIEDIGER. Trattamento del prolasso intestinale in campagna.
Bull. d. M. dell'or., gola e naso, sett. BOBONE. Trattamento conservativo dell'otite media purulenta cronica.
Riv. crit. di Clin. Med., 26 sett. QUADRONE. Patogenesi della diarrea nel tifo.
Gazz. d. Osp., 24 sett. BARONI. Rara complicanza consecutiva alla gastroenterostomia retrocolica. — 27 sett. BALLARIN. Colelitiasi post-tifica a rapida insorgenza.
Pensiero Med., 27 sett. MARTINELLI. Chimismo e motilità gastrica nell'achilia.
The Lancet, 26 sett. SANDWITH. Sulla dissenteria. — WATSON. Apparecchio improvvisato pel trattamento delle fratture in guerra.
Mediz. Klinik, 27 sett. WEYGANDT. Trattamento delle neurosi e delle psicosi sul campo.
Berl. klin. Woch., 28 sett. LOEWY: Sulla respirazione artificiale. — BRETTNER: I servizi sanitari di Berlino.
Giorn. Intern. di Sc. Med., 30 sett. VANNELLI: Metrite cronica e metrorragia; atrofia e ipoplasia dell'utero. — DONADIO: Sulla resezione retrogasseriana del trigemino.
Bull. d. Sc. Med., sett. BONOLA: Sulla commissura grigia del talamencefalo. — CAVINA: Un caso di cardioptosi.
Klin.-ther. Woch., 21-28 ott. FREUND e HELLER: L'esercizio muscolare alla Bergonié.
La Clin. Ostetr., 30 sett. ROMEO: Le cause, la diagnosi e la terapia dei dolori sacrali.
Münch. med. Woch., 29 sett. HOLZKNECHT e LIPPMANN: L'esame clinico del duodeno. — ISENSCHMID e SCHEMENSKY: Le inclusioni leucocitarie nella scarlattina. — BLUMENTHAL e FRAENKEL: Sulla reazione meiostagminica. — HEINE: Le ferite degli occhi. — ROSENTHAL: Sulla profilassi delle epidemie.
Il Morgagni (Arch.), sett. D'ALESSANDRO: Il pancreas nella tubercolosi. — VISCO: Colesterinemia e resistenza globulare. — BUSCA: Tumore cerebellare.
The Boston M. a. S. Journal, 24 sett. NUTTING: L'educazione delle infermiere psicopatiche. — MAC DONALD: I sintomi gastro-enterici della pellagra.
Riv. di Patol. nerv. e ment., 1° ott. BUSCAINO: La struttura della tiroide e sue variazioni qualitative.
Riv. di Ig. e San. Pubb., 1° ott. BORRINO: Sui sanatorî antimalarici per bambini.
Arch. per le Sc. Med. 1° ottt. RABBENO: Comportamento del grasso neutro introdotto nelle vene. — VECCHI: Adenoma maligno delle isole di Langerhans di un pancreas aberrante.
Jahresk f. ärzt. Fortb., ott. REICHE: Le tonsilliti difteriche e d'altra natura. — MAYER: Le malattie tropicali.
Riv. Sanit. Sicil., 1° ott. PIAZZA MARTINI: Casi rari e nuovi di malaria.
Arch. di Scienza Ospedaliera, n. 8. VARANINI: A proposito della deficienza di personale medico secondario negli ospedali.
La Pratica oto-rino-laring., 30 sett. TRIFILETTI: Ipoacusia istero-traumatica.
Giorn. di Medic. Milit., 30 sett. ODDI: Il varicocele.
Gazz. d. Osp., 1° ott. BARBARO: Le sostanze lipoidi negli elementi morfologici del sangue. — 4 ott. TENANI: Ferita d'arma da taglio al collo.
Pens. Med., 4 ott. MELZI: Sulla cura della sordità. — CASTELLANI: Tamponamento post-operativo delle fosse nasali.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. Roma, 17 gennaio 1915 Fasc. 3

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Premio ordinario agli associati, per il 1915.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Assistente nella R. Clinica Otoiatrica e aiuto medico negli Ospedali di ROMA.

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Sarà un volume in formato tascabile di circa 800 pagine, nitidamente stampato, con molte figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela con inscrizioni in oro sul piano e sul dorso. È già in corso di stampa e verrà spedito nel primo trimestre del 1915.

SOMMARIO: INTRODUZIONE. *Importanza dell'otorinolaringoiatria.* Intenti e confini moderni di questa branca. — I. NASO. Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame del naso. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. SENI O CAVITÀ ANNESSE AL NASO. IPOFISI. — II. BOCCA. FARINGE. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della faringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. ESOFAGO, TIROIDE e TIMO. — III. LARINGE E TRACHEA. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della laringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. — IV. ORECCHIO. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame dell'orecchio. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. Medicina legale e infortuni sul lavoro.

Avvertenza. **Per aver diritto al suddetto interessante volume, spedire** *subito,* **mediante Cartolina-vaglia indirizzata nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, n. 46 - ROMA, l'importo d'abbonamento per l'anno 1915. (*)**

(*) N. B. Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
IV Padiglione diretto dal prof. T. GUALDI.

Sul valore clinico della reazione di Wassermann

per il dott. TOMMASO PONTANO, medico aiuto.

Sommario: I. Sifilide e malattie interne. - II. Mezzi diagnostici della sifilide nelle malattie interne. - III. Reazione di Wassermann. - IV. Interpretazione della W. R. - V. La W. R. nelle malattie: *a*) sifilitiche, *b*) non sifilitiche, *c*) deduzioni. - VI. W. R. positiva è segno di sifilide attiva. - VII. W. R. e cura della sifilide. - VIII. Conclusioni.

V. — *La Reazione di Wassermann nelle malattie.*

Un primo quesito fondamentale si presenta prima di entrare nell'arduo problema « come deve essere interpetrata una reazione di Wassermann positiva »: e cioè « *ha valore specifico pratico la W. R.?* ». Solo quando questo primo quesito sia risoluto positivamente, si potrà domandarsi se ai gradi della reazione positiva possa attribuirsi un qualsiasi valore, se un valore possano avere la scomparsa, la ricomparsa della reazione (sifilide attiva e spenta, rispettivamente sifilide recidivante).

Il problema trova la sua risoluzione nei resultati finora esposti in statistiche accurate da numerosi ricercatori:

A) *Luetici. Sifilide accertata.* — Nell'accidente iniziale le statistiche hanno discrete varianti, poichè diverso è stato il periodo (1^a, 2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 6^a, 12^a settimana) in cui la reazione è stata eseguita: dalle statistiche

di Arning, Bering, Blaschko e Citron, Blumenthal e Roscher, Bruck e Stern, Fischer, Grosse e Wolk, Hoehne, Hoffmann e Blumenthal, M' Intosh, Jundel-Almkrist e Sandmann, Krefting, Ledermann, Lesser, Marcus, Meyer, Merz, Müller, Nogucki, Wansey, Bayly, Wassermann - Neisser, Bruck e Schucht, Detre, Breszowsky, Friedländer, Gelarie, Boas, risulta che su 1197 casi in 728 la reazione è riuscita positiva ossia nel 60 %, *la reazione è tanto più netta e frequente quanto più lontano è l'inizio dell'ulcera.*

Sifilide secondaria. — Le statistiche di Arning, Bering, Blaschko e Citron, Blumenthal e Roscher, Bruck e Stern, Bruhns e Halberstaedter, Fischer, Gross e Volk, Hoehne, Hoffmann e Blumenthal, M' Intosh, Krefting, Ledermann, Lesser, Marcus, Meyer, Merz, Müller, Nogucki, Wansey, Bayly, Wassermann-Neisser, Bruck e Schucht, su 3503 casi dànno 3181 resultati positivi, con una percentuale dell'87 % ; però quando gli autori come Markus e Boas, ecc. hanno distinto i malati in non curati e recidivanti hanno trovato percentuali più alte; così Marcus nei non curati ha trovato il 97.2 % di reazioni positive, nelle recidive 85.5 % ; Boas su 747 casi, su 437 non curati 437 R. W. positive; su 310 recidive 292 reazioni positive (94 %).

Nella sifilide terziaria. — Arning (93 %), Bering (99.9 %), Blaschko e Citron (98 %), Blumental e Roscher (90 %), Boas 97-100 %), Brezowschy (95 %), Bruhns e Halberstädter (98 %), Bruck (94 %), Stern (modificazione) (100 %), Fischer (90 %), Frankel (93 %), Gélarie (90 %), Höhne (79 %), Ledermann (98 %), Lesser, (91 %), Meyer (93 %), su una media di 1900 casi una percentuale media del 93 % di R. W. positive.

Ma Boas distingue anche tra questi casi i curati e i non curati : così su 132 casi non curati 129 R. W. positive (97.7) su 35 curati 26 W. R. positive (74.3 %).

Sifilide latente. — Dalle cifre riportate da Bering, Boas, Bruck e Stern, Meyer, Murz, risulta che nelle sifilidi latenti si ha una media del 44 % di resultati positivi : se poi, come Bruhns e Halberstaedter, Citron e Blaschko, Hoehne, Hoffmam e Blumenthal, Jundell, Almkvist, e Sendmann, Ledermann, Lesser, Merz, Noguchi, Wassermann-Neisser-Bruck e Schucht hanno fatto, la lues latente è stata distinta in lues latente recente, e lues latente antica, nella prima si ha il 52 % dei casi positivi, nella seconda il 37 %.

(2)

Fin qui per quanto riguarda la W. R. praticata sul siero di sangue dei malati : per quanto riguarda i resultati ottenuti dall'esame del liquido cefalo-rachideo, la W. R. resulta sempre negativa nell'accidente iniziale, rara (5 %, Fraenkel, Beyl e Klausner, nelle sifilidi secondarie, terziarie o latenti, mentre è frequente nello stesso periodo quando esistono neurorecidive o sintomi nervosi.

Tabe e paralisi progressiva meritano di occupare un posto separato, se non altro per il modo diverso di reagire alla cura specifica antisifilitica. Le statistiche di Citron, Nonne, Holzmann, Boas erano concordi nel dare percentuali alte positive nel siero dei tabetici (dal 60 al 75 %), scarse nel liquido cefalorachidiano (dal 4 al 5 %) ; ulteriori ricerche di Boas e Citron hanno dimostrato che mentre nei tabetici non curati la W. R. è positiva nel 100 % dei casi, nei tabetici specialmente precocemente curati la percentuale si abbassa al 45.5 % ; fatto notevole questo per il giudizio sulla W. R., specie se si considera che con la cura scompaiono le manifestazioni floride di sifilide che accompagnano la tabe, mentre il quadro clinico che è esponente del processo degenerativo, non si modifica e progredisce; il processo degenerativo spinale talora continua e la W. R. del liquido, se pure era positiva, scompare dopo la cura !

Nella paralisi progressiva quasi tutti gli AA. trovano dal 98 al 100 % di W. R. fortemente positive nel siero; nel 90-94 % positiva fortemente la W. R. nel liquido cefalorachidiano.

Nessuno degli autori sente il bisogno di distinguere paralitici curati e non curati date le percentuali altissime; anzi tutti concordemente in questa malattia dànno alla W. R. un valore diagnostico differenziale, poichè si tende a riportare ad altra causa i disturbi che simulino paralisi progressiva, quando la W. R. è negativa.

Se la W. R. è positiva in così gran numero di sifilitici, è però una *W. R. + + + + segno costante di sifilide*; è cioè *la reazione strettamente specifica?*

L'esperienza clinica ha dimostrato, confortata talora dall'esame anatomo-patologico, che anche là dove clinica e reperto anatomico non riconoscono lesioni specifiche *luetiche,* la reazione è, sebbene raramente, positiva. Vediamo prima i fatti assodati dall'esperienza e dalla ricerca e poi li interpetreremo.

B) *W. R. positiva in malattie non sifilitiche* — Da Much ed Eichelberg fu trovata la reazione positiva in 10 su 25 casi di *scarlattina;* gli AA. si erano serviti di dosi elevate di siero 0.40, 0.30 invece di 0.20; Much poco dopo comunicò che su 100 scarlattinosi in 45 la reazione era resultata positiva; le esperienze si moltiplicarono. Jochmann e Töpfer, Meyer, Schleissner ebbero sempre resultato negativo (105 casi), invece altri autori (Boas u. Hauge, Bruck u. Cohn, Fua u. Koch, Hoene, Seligmann, ecc.), in 514 casi trovarono percentuali positive variabili dall'1 al 10 %, con reazioni d'ordinario incomplete, qualche volta complete; esaminando le statistiche con uno sguardo d'assieme si può dire che la media dei casi positivi nella scarlattina è del 6 %.

Nei casi positivi, in genere bambini affetti da scarlattina, si poteva escludere lues congenita o acquisita, non solo, ma scomparsa la malattia, in quei casi in cui l'esperimento è stato fatto, la reazione diveniva negativa. Per gli scopi della pratica non si possono trascurare due osservazioni importanti: *a*) i sieri scarlattinosi non dànno reazione positiva quasi mai contemporaneamente con più antigeni, come invece fanno i sieri sifilitici (Bruck u. Kohn, Haendel u. Schultz, Halberstaedter, Müller u. Reiche, Seligmann); *b*) la reazione d'ordinario incompleta è positiva durante le manifestazioni della malattia, scompare per sè dopo poche settimane dalla guarigione.

Non poco importante è il problema se la reazione di Wassermann possa riuscire positiva *nelle infezioni tubercolari.* Qualche autore (Weil u. Braun, Elias, Neubauer, Porges u. Salomon) comunica in rari casi deboli deviazioni del complemento, Boas su 100 casi trovò 3 sole reazioni di Wassermann positive complete; egli potè dimostrare però con dati anammestici ed obbiettivi che si trattava di lue latente in soggetti affetti da tubercolosi.

Per la frequente occasione di eseguire la W. R. su campioni di sangue prelevati da individui con le più varie forme di tubercolosi, io posso concludere col Boas che in tali soggetti la W. R. positiva completa è indizio di lues, la quale si sia associata alla tubercolosi, chè anzi la W. R. è buon criterio diagnostico talora per diffidare di alcune forme polmonari le quali simulano le lesioni bacillari. Ho avuto occasione di tenere per lungo tempo in osservazione nel IV Padiglione quattro malati con sintomi e lesioni polmonari tali, che da altri medici concordemente erano state diagnosticate per tubercolari, e precisamente: *a*) emottisi ostinate con reperto obbiettivo e radiografico negativo; *b*) emottisi ostinate con infiltrazione della base del polmone destro; *c*) emottisi con infiltrazione totale del lobo superiore destro; *d*) sclerosi del polmone sinistro con bronchiectasie multiple e scarse emottisi. In tali malati il sospetto clinico fu quello di tubercolosi polmonare, anzi il 4° malato, dopo le dichiarazioni di tutti i medici spontaneamente si era presentato nell'ospizio Umberto I per tubercolosi, e da questo nosocomio fu inviato al Policlinico: la costante assenza di bacilli nell'espettorato, ricercati con tutti i metodi di arricchimento, in un caso (sclerosi totale del polmone) l'autopsia (prof. Marchiafava), in tutti la reazione di Wassermann positiva completa, in alcuni l'effetto utile della cura specifica (scomparsa delle emottisi recidivanti), ci determinarono a considerare la lesione polmonare come una localizzazione della sifilide; la W. R. fu in questi casi il punto cardinale del nostro indirizzo diagnostico.

Non altrettanto potrei io dire sulle *setticoemie tubercolari*: in un giovane di 19 anni che confessava castità ininterrotta, che nulla presentava obbiettivamente e dal lato ereditario per la sifilide, affetto da *setticoemia tubercolare* (tifobacillosi di Landouzy) e che venne a morte per *meningite tubercolare* (positiva la ricerca dei bacilli di Koch nel liquido cefalo-rachideo), la reazione di Wassermann fu costantemente e completamente positiva, e la cura salvarsanica non modificò affatto il decorso della malattia.

Tumori maligni. — A proposito dei tumori maligni i primi resultati ottenuti facevano quasi disperare che la reazione di Wassermann potesse servire per una diagnosi differenziale: Weill e Braun su 14 casi, riportano 4 reazioni positive; simili resultati ebbero Simon, Schenk ed Elias; più tardi Caan trovò positiva la reazione in 35 fra 85 carcinomatosi e in 6 fra 10 malati di sarcoma, Trembur e Lautenschläger comunicarono 2 casi di linfosarcoma e rispettivamente di sarcoma con W. R. positive.

Invece Bruck, Citron, Kolle, Bauer e Meyer, Sachs, Boas trovarono la reazione sempre negativa, e, in qualche caso di reazione positiva, o si rinvenne contemporanea infezione luetica, o si trovò addirittura che la diagnosi clinica era errata, ad es. aneurisma dell'aorta invece che tumore del mediastino. La causa della disparità dei re-

sultati è con ogni verosimiglianza da attribuire alla interpetrazione dei risultati più che alla reazione stessa: noi per esempio, abbiamo trovato frequente in occasione di tumori, specialmente cancri con metastasi, una parziale deviazione del complemento così da avere una emolisi incompleta; orbene di questi resultati, che pur potevano essere indicati come R. W. positive lievi, non abbiamo tenuto conto nei casi peculiari esaminati (v. ante); quella stessa reazione che come vedremo in un sifilitico curato poteva e doveva essere con cura apprezzata e seguìta, avrebbe tratto in inganno considerata in casi di tumori maligni. Come giustamente osserva Müller R. i resultati positivi sono in genere incompleti: però il Müller stesso ricercando un controllo su 200 casi di carcinoma, in 3 casi di carcinosi generalizzata ebbe reazione positiva completa e l'autopsia, oltre all'analisi clinica poterono far escludere la lues.

Io stesso in due casi ho avuto simili resultati: in un primo, uomo sulla quarantina, ex malarico, con fegato enorme cosparso di noduli duri, e tumore di milza: la diagnosi clinica era di *tumore gastrico con metastasi epatiche*; la W. R. +++; cura antisifilitica negativa; autopsia completa: assenza di segni di lues, carcinoma della piccola curvatura con metastasi nodulari epatiche, tumore di milza da pregressa malaria.

In un secondo caso, anche più interessante, si trattava di un uomo sui 45 anni che negava malattie veneree, con grosso fegato durissimo, e molto dolente per sè e alla pressione, radicolalgia sacrolombare, segni urinari di nefrite subacuta, il liquido cefalo-rachideo normale, la W. R. ++++.

Si praticò un'iniezione di novoarsenobenzolo di 60 cgr. ma al 3° giorno l'ammalato morì: la diagnosi clinica era di *sifilide epatorenale, radicolite luetica*. L'autopsia dimostrò un'*ulcera cancerosa* dello stomaco con *infiltrazione cancerosa del fegato*, e *metastasi nelle glandule periaortiche* addominali (onde la sindrome radicolare). Nessun segno, intenzionalmente ricercato, di sifilide (autopsia del prof. Marchiafava).

In tutti gli altri casi di tumore, senza metastasi, in cui ho ricercato la W. R., non tenendo in nessuna considerazione le emolisi incomplete, la W. R. è risultata negativa.

Bastano però dei casi completamente studiati quale quello del Müller ed i due casi da me ricordati, per projettare un'ombra di sospetto anche sulle W. R. complete in malati in cui il dubbio clinico volge verso la diagnosi di tumore maligno con metastasi; in genere ho potuto vedere che sostanze deviatrici del complemento si trovano, in piccola quantità, in molti ammalati che presentano fegato alterato (cirrosi, alcoolisti) e in essi da molto tempo io non tengo in conto alcuno le W. R. dubbie o incomplete; ma anche le W. R. complete nei casi dubbi in cui si deve porre la diagnosi differenziale tra fegato sifilitico e fegato da tumore, non possono essere considerate come la prova del fuoco per la risoluzione del dubbio, da chi conosce le dolorose sorprese alle quali si può andare incontro.

Anche in malattie febbrili come il *tifo* e la *polmonite* Weil u. Braun hanno trovato percentuali rispettivamente del 15 e del 33 per cento di W. R. positive; fra i miei ricordo 4 casi di polmonite crupale, con W. R. positiva completa durante la malattia e dopo nella convalescenza; o l'anamnesi, accuratamente raccolta o l'esame obbiettivo completo accuratamente condotto, mi hanno dimostrato che sempre alla W. R. ++++ corrispondeva una contemporanea infezione sifilitica latente, confessata o ignorata: negli altri casi in generale in cui per soprappiù la W. R. è stata eseguita per sospetto lontano di lues (aborti, ulcera venerea in passato) la W. R. è stata constantemente negativa sia tra i polmonitici che tra i tifosi.

Non si può giungere ad eguale conclusione per l'*infezione malarica*, nella quale ormai per unanime consenso (Michaelis u. Lesser, Much u. Eichelberg, Schoo u. Böhm, Meyer u. Bonfigli, De Blasi, Valerio, Ferrari e Gioseffi, Serra e Gentili) la reazione positiva il più delle volte incompleta, talora anche completa, si ritrova in forti percentuali fino all'80 %, specialmente nella malattia in atto. La nostra esperienza ci ha condotto a tener conto più della reazione negativa purchè ben eseguita, che del resultato positivo, al quale un certo valore probativo abbiamo dato solo se con molti antigeni la reazione era positiva.

Anche nella *pellagra* alcuni AA. hanno trovato talora reazione positiva; in due miei casi la reazione è stata costantemente negativa.

Nella *lepra* invece, specie nella forma tuberosa, la reazione ha dato costantemente resultato positivo, nella forma anestetica solo qualche volta (Eitner, Wechselmann e Meier, Fox, Slatinéanu e Daniélopoulo, Gaucher e Abrami, Facchini, Frugoni e Pisani).

L'esperienza di Wolfsohn, Reicher, Rosenthal, Petersen e Boas ci insegna che i sieri degl'individui assoggettati a *narcosi*, anche se indenni da sifilide, dànno temporaneamente reazione positiva, reazione che scompare dopo qualche tempo dalla narcosi.

Diversi sono i pareri *sull' ittero;* già Bar e Dauney, avevano messo sull'avviso che i sieri contenenti pigmenti biliari possono deviare il complemento; Boas trova che per nulla influisce l'ittero sul resultato della Wassermann; in due dei nostri casi a noi la W. R. è resultata positiva senza che la sifilide si potesse riscontrare nei soggetti. Il problema è degno di essere ancora studiato e controllato con reperti che possibilmente escludano l'esistenza d'una sifilide latente.

Sulla *corea,* in base specialmente ai resultati della reazione e della cura arsenobenzolica Milian ha formulato l'opinione che essa sia in rapporto con una sifilide congenita o acquisita (su 15 casi 11 sarebbero resultati positivi). Ma i suoi resultati sono stati contradetti: Marie e Chatelin in 8 casi sempre hanno trovato reazione negativa. In quattro miei casi, giovanette in cui la sifilide ereditaria od acquisita si poteva clinicamente escludere, la W. R. è stata negativa con 3 antigeni, sebbene le malate dalla cura arsenobenzolica (neosalvarsan 4 iniezioni per via endovenosa) abbiamo ottenuto una immediata guarigione.

In questa malattia si può dire che la esagerazione è stata nella generalizzazione che il Milian ha voluto fare dell'antica idea clinica: erano note le coree sintomatiche luetiche, rare, le quali cedevano al mercurio, ma accanto ad esse esistono le coree che del mercurio non si avvantaggiano, mentre cedono all'arsenobenzolo e che non trovano certamente nella sifilide la causa della malattia.

Per la *osteite deformante o morbo di Paget,* Dufour e Berton, Souques, Barré, Pasteur, Vallay-Radot, hanno comunicato alte percentuali di reazioni positive, sì da indurre gli AA. francesi a pensare che il m. di Paget fosse di natura sifilitica: ma la conferma manca nelle statistiche, e le altre prove cliniche o anatomo-patologiche si attendono ancora.

In un ultimo paragrafo a me piace di ricordare due malattie della cui patogenesi tanto si afferma e tanto si discute senza la sicurezza dei dati sperimentali e delle dimostrazioni cliniche; *nefrite cronica* e *cirrosi epatica*; su queste due malattie, AA. francesi hanno trovato anche alte percentuali di W. R. positive. Müller nega queste alte percentuali e parla solo di qualche caso positivo in cui anammesi ed esame obbiettivo facevano sospettare la lues, con reazione positiva completa. Boas su 34 casi ha trovato 34 W. R. negative.

Dalla mia esperienza io posso dire che qualche volta la reazione è ritardata o incompleta in tali malattie, tanto da indurre a tener conto solo delle reazioni nettamente e completamente positive: su 19 casi di nefrite cronica 11 W. R. negative, 3 incomplete, 5 nettamente positive: di questi ultimi una donna di 54 anni che nella storia aveva 3 aborti (i primi) nei primi mesi di gravidanza; un uomo di 59 anni che aveva avuto ulcera e poi dalla moglie 2 aborti; il terzo, un uomo di 53 anni confessava lues e nel momento dell'osservazione presentava manifestazioni gommose delle ossa frontali; il 4° uomo di 38 anni aveva avuto emiparesi e confessava ulcera unica a 16 anni; l'ultimo caso era una donna di 35 anni che aveva cicatrici da ascessi pregressi che all'ammalata erano stati diagnosticati per tubercolari; nella storia 4 figli nati morti ed attribuiti a malformazione del bacino. Nei tre malati con reazione incompleta due malarie pregresse, in uno ogni ricerca negativa, uomo di 64 anni, presentava anche una ectasia aortica. Noi possiamo ritenere che di 19 casi esaminati solo 5 diedero W. R. completa, e che in tutti questi malati al di fuori della nefrite cronica, vi erano segni sufficienti per pensare ad una sifilide pregressa o in atto. Nelle due malate ho potuto esaminare, *post-mortem i reni* (autopsie parziali); anatomopatologicamente essi non presentavano segno alcuno di lesione specifica sifilitica, così da far sorgere il sospetto che nefrite cronica e sifilide siano coincidenze cliniche, più che effetto e causa come in questi ultimi anni si tende a ritenere: non così intendo io negare che la nefrite cronica non possa avere come causa possibile la sifilide (arterite, ecc.), ma è certo che nella massima parte delle nefriti croniche nè la storia clinica nè il controllo della W. R. dànno punti di appoggio per una tale opinione.

E un simile ragionamento si può seguire per la *cirrosi epatica volgare di Laënnec.* Prescindiamo naturalmente dalle deviazioni incomplete o lievi positività alle quali nelle malattie epatiche non sogliamo attribuire nessun valore clinico, limitiamo la nostra osservazione ai puri casi di cirrosi atrofica di Laënnec, con tutte le note classiche della malattia (ascite, tumor di milza, fegato im-

piccolito). Orbene in quei casi in cui la W. R. è nettamente positiva, non si ha diritto a concludere che la cirrosi sia sifilitica.

In quattro casi la cura è stata inefficace, e scomparsa la W. R. la malattia ha continuato il suo decorso non solo, ma in tre autopsie (praticate dall'Istituto di anatomia patologica di Roma), mentre note anatomiche arteriose o testicolari specifiche esistevano, le cirrosi epatiche nè macro nè microscopicamente erano distinguibili dalle comuni cirrosi di Laënnec, che noi sogliamo chiamare alcooliche, ma che più proprio sarebbe, ai tempi nostri, denominare *ad etiologia oscura*.

In molte altre malattie è stata ricercata la W. R. *lupus erytematosus,* eclampsia delle gravide, demenza precoce, angina di Vincent, psoriasi, penfigo, alopecia areata, sclerodermia, blenorragia, ulcera venerea, eczema, demenza alcoolica, malattie dello stomaco, degli occhi, ecc.; in un numero di osservazioni che raggiunge cifre molto elevate, si può dire che la W. R. è resultata negativa tranne qualche raro caso, in cui per la ricerca incompleta la lues non si poteva escludere.

***

C) *Deduzioni*. — L'alto valore della W. R., come squisito rivelatore della infezione sifilitica, è chiaramente espresso nelle percentuali, resultato di ormai larga esperienza:

W. R. positive nel 60 % di casi nell'accidente iniziale; nell'87 % di casi nella sifilide secondaria; nel 93 % di casi nella sifilide tardiva; nel 44 % di casi nella sifilide latente.

Le percentuali 87-93 % dicono però che, un certo numero di malati, se pure esiguo, sfugge all'indagine di laboratorio; e la categoria dei sifilitici con W. R. negativa diviene considerevole quando si esaminino malati con accidente iniziale o con sifilide latente (40-66 %); *una reazione di Wassermann negativa* quindi, in tesi generale, *non è argomento assoluto per escludere la possibilità d'un'infezione sifilitica*. Tale conclusione sicura ma generale può però essere rischiarata dallo esame di casi particolari e della conoscenza delle ragioni, che inducono spesso la negatività della reazione; tenendo conto di particolari condizioni, anche la W. R. negativa può acquistare agli occhi del clinico, non dello studioso di laboratorio, la sua importanza.

Tralascio di considerare l'accidente iniziale e la sifilide recente: nel primo l'indagine diretta (ricerca della spirochete) può risolvere più rapidamente il problema, e le ragioni della reazione negativa sono chiare per la non ancora avvenuta diffusione della malattia; la sifilide recente il più delle volte è troppo chiara per sè, e controlla il valore della reazione; là dove l'ausilio di essa diviene indispensabile s'è nelle manifestazioni tardive e nelle sifilidi degli organi.

Se in casi di manifestazioni sospette a carico degli organi, la Wassermann dà resultato negativo, è necessario fare delle distinzioni: è il malato un sifilitico confesso, un sifilitico curato, o è un individuo che nega sifilide e che mai nessuna cura ha praticato?

In casi di sifilide curata, la W. R. può divenire negativa, eppure trattarsi di lesioni specifiche, la reazione completamente negativa non ha quindi in essi valore alcuno decisivo, ed una cura adatta rende servigi migliori. Ma se il soggetto ignora la lues e non ha mai praticato cure mercuriali, allora quando la reazione sia con tecnica perfetta eseguita, la negatività ha per noi un grande se non assoluto valore per escludere la lues: così ammalati con aortiti, aneurisma, epatiti, malattie cutanee, cerebrali, midollari, meningee, del testicolo, del retto, del faringe, ben raramente, quando siano sifilitici, non curati, dànno W. R. negativa. Su 162 dei nostri casi (malati di malattie interne o di sindromi morbose sospette), solo *in pochissimi casi* noi abbiamo avuto reazione negativa, e questi, TUTTI sifilitici confessi e curati in precedenza; nei non curati la W. R. è stata positiva *sempre*; e quando come talora è avvenuto (epatite, sciatica) la rezione è stata negativa, e a malgrado di essa la cura è stata provata abbiamo avuto una delusione negli effetti sperati.

Al di fuori della nostra esperienza, che potrà sembrare troppo assoluta, ma che noi abbiamo espressa tale quale resulta, senza esagerazioni o ritagli, vi sono autori, e di più larga esperienza, che insistono sulla possibilità di W. R. negative, anche in sifilitici non curati e con estese alterazioni negli organi. Cito il Wassermann stesso il quale scrive che, per ragioni a noi sconosciute, nello stesso malato la reazione può alternativamente divenire da positiva, negativa, e viceversa. È chiaro che chi esaminasse il sangue del malato in questi periodi di tregua della reazione, si troverebbe ad avere resultati negativi in sifilitici sicuri. Quando la sindrome clinica sia molto sospetta, noi pensiamo che non è lecito arrestarsi al resultato della prima reazione; essa deve essere ripe-

tuta, specialmente cercando di riattivarla con piccole dosi di arsenico o di salvarsan, e deve essere ripetuta con antigeni, che si siano dimostrati, oltre che specifici, i più sensibili.

La W. R. negativa non ha dunque in sè un valore assoluto per escludere l'infezione sifilitica, ma, in casi peculiari, in individui non curati, e specialmente in quelli che presentano sindromi che sogliono corrispondere ad affezioni di organi che dànno il 100 % di reazioni positive (es. una sindrome nervosa simulante la paralisi progressiva), acquista valore diagnostico negativo superiore a tutti gli altri segni clinici.

***

Una serie di fatti resultano chiari da una tale analisi, della frequenza della reazione nei sifilitici e nei non sifilitici:

a) la reazione di Wassermann è positiva completa nella maggior parte dei sifilitici, è positiva completa nella maggior parte dei casi di lepra e di framboesia tropicale;

b) la reazione di Wassermann è negativa nei sani, nelle malattie che non siano determinate dalla sifilide dalla lepra, dalla framboesia tropicale;

c) fanno eccezione alcune malattie in cui la W. R. è talora positiva completa, spesso incompleta (scarlattina, malaria), ed altre malattie, specialmente tumori con metastasi generali ed epatiche (come cancri), o generalizzazione di processi tubercolari (tubercolosi miliarica), forse l'ittero, talora le nefriti, che dànno qualche volta reazione positiva incompleta, senza che vi siano tracce di lues.

Una *prima conclusione* pratica è evidente: la reazione di Wassermann non è reazione *strettamente specifica* della infezione sifilitica, se per specificità, come sempre, bisogna intendere l'appannaggio esclusivo e peculiare d'una determinata infezione.

Quando si dice *non specifica,* cade naturalmente il parallelo di equivalenza che s'era voluto stabilire W. R. + = sifilide; ma forse per ciò si deve rinunziare alla ricerca? se è permesso esprimerci con un paragone semeiologico, la reazione di Wassermann nel suo cammino, sotto la revisione della critica, passa dal novero dei segni patognomonici, al novero dei segni importanti delle malattie: resta sempre la constatazione di grande valore pratico che la reazione di Wassermann è positiva nella sifilide, nella framboesia, nella lepra, eccezionalmente in altre *ma determinate* forme morbose; epperò in clinica non si può sempre e ad occhi chiusi usufruire della reazione, ma talora si deve rinunziare ad essa (malarici p. es.), talora si deve accettare con l'ombra del sospetto. La reazione di Wassermann, anche quando per sè dà resultati nettamente decisi non può essere interpretata nel suo valore vero che dal clinico, il quale, caso per caso deve giudicare della sua importanza nella diagnosi e nella cura. Ho detto in poche e *determinate* malattie, poichè per fortuna dopo un lavoro enorme di analisi, giustificato dall'importanza dell'indagine, è stato possibile individualizzare bene le malattie, le forme morbose, gli episodii nei quali la reazione è positiva. Poco importa che la reazione sia positiva, nella lepra e nella framboesia, entrambi malattie per noi esotiche, ed in gran parte importate, poco importa per la framboesia se si pensa che essa è passibile per soprappiù della cura salvarsanica come la sifilide, e poco danno fa la W. R. positiva in quelle malattie in cui si hanno elementi facili di diagnosi, come nella scarlattina, ecc. o in episodî morbosi che dànno solo momentaneamente la reazione positiva (come narcosi); la possibilità d'una reazione positiva in essi demolisce il significato scientifico, però lascia quasi integro il valore pratico. Là dove è più importante il resultato della reazione è nelle carcinosi, specialmente con metastasi epatiche, nelle cirrosi, nelle nefriti, nella tubercolosi miliarica, tutte malattie che la proteiforme figura della sifilide può simulare. *La reazione in questi particolari casi ha un valore molto limitato per la diagnosi*; l'esperienza degli AA. e mia mi ha indotto a non tener nessun conto delle reazioni incomplete, a meno che non si tratti di sifilitici curati, nei quali una volta la W. R. è stata positiva completa in antecedenza.

Se la W. R. è positiva completa, non certezza diagnostica sulla localizzazione ne può risultare, ma possibilità sola o che un terreno sifilitico esista o che la manifestazione sia sifilitica; per tali problemi ci troviamo talora disarmati come nel tempo in cui la W. R. non esisteva e bisogna affidare alla cura oculata la decisione.

***

Concludendo. — Sul valore clinico della W. R., ricordiamo che:

1) negli individui sani la W. R. è negativa;

2) nelle altre malattie talora (2 %) la reazione è incompleta;

3) una reazione positiva completa è caratteristica della lues, di altre malattie da protozoi, della lepra;

4) in casi rarissimi non sifilitici la W. R. può essere positiva completa.

A proposito di quest'ultima conclusione una parola di schiarimento per rispondere alle proteste di coloro che vogliono ad ogni costo sostenere che là dove la W. R. è positiva quivi è sifilide. Essi dicono e giustamente: la sifilide è malattia talmente diffusa che nessuna meraviglia può offrire il fatto di trovare con una certa costanza, su terreno sifilitico, svolgersi un processo morboso diverso. Inoltre la sifilide è malattia che per sè può decorrere in maniera perfettamente latente al clinico e forse all'anatomo patologo: quando si pensi che all'autopsia d'un sifilitico si può trovare come sola manifestazione un aneurisma dell'aorta, e che l'osservazione anatomica interviene talora quando ancora la lues latente non ha dato la localizzazione arteriosa, si comprende come nè clinica nè anatomia patologica abbiano completa la capacità di definire il problema; d'altra parte non è possibile fidare della cura là dove una malattia mortale interviene a frustrare gli effetti di essa, e non permette di seguire la reazione di Wassermann.

Essi però trascurano alcuni fatti importanti. Un primo fatto è dato dalla temporanea comparsa della reazione positiva in malattie come la scarlattina, la malaria, o in intossicazioni temporanee come la narcosi; questi episodî dimostrano chiaramente come, al di fuori della sifilide, si possa avere una *reazione di deviazione positiva non specifica.*

Non considerano il fatto che le reazioni positive complete, non specifiche, si hanno con relativa frequenza in determinate malattie, nelle quali si trova quasi costantemente una parziale deviazione del complemento, ossia una reazione incompleta. È *quistione di quantità* e il reattivo X in casi peculiari è in tale dose, da dare quella reazione d'ordinario incompleta, come completa.

La non specificità della reazione noi abbiamo affermato in base ad autopsie diligenti; se è pur vera la possibilità teorica che la sifilide possa essere latente anche anatomopatologicamente, dobbiamo però convenire che nella pratica difficilmente il luetico o nei testicoli, o nell'aorta, o in altri organi non porti le vestigia di lesioni subdolamente decorse, che rimangono quali spie della pregressa infezione.

Solo se si ha fede nei fatti più che nei preconcetti teorici o nelle irragionevoli idolatrie, anche le reazioni di laboratori, come la Wassermann, possono servire di valido ausilio alla costruzione del concetto clinico esatto.

(Continua).

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le insufficienze epatiche monosintomatiche.

(LE DAMANY. *Presse méd.*, n. 41, 1914).

L'insufficienza epatica può manifestarsi nei modi più differenti. Spesso essa rimane per lungo periodo latente e viene all'improvviso un bel giorno svelata dall'anormale gravità di un'infezione, di un accidente o di un atto operativo.

In altri casi si presenta con tutto il corteo dei sintomi, benchè più o meno attenuati: fegato ingrandito o impicciolito, subittero, qualche petecchia, delirio leggiero od intenso, anoressia, vomiti, lingua patinosa, meteorismo, diarrea, diminuzione dell'escrezione ureica, urobilinuria, glicosuria alimentare, eliminazione intermittente del bleu di metilene. In una terza serie di casi si manifesta l'ittero grave, col suo classico trinomio sintomatico: tinta intensamente gialla, disturbi nervosi, emorragie.

Ma accanto a queste forme d'insufficienza epatica, se ne vedono sorgere altre nelle quali molti sintomi mancano (manca spesso l'itero) e l'alterata funzione del fegato viene rivelata da un solo sintomo, spesso facilmente interpretabile, come, per es., quando si tratta di un'epistassi, ma altre volte a tutt'altro riferibile tranne che alla ghiandola epatica. Sono queste le *insufficienze monositomatiche,* che vanno il più possibile tenute presenti, per evitare di essere fuorviate. Saranno ora raggruppate e ricordate brevemente.

FORME EMORRAGIPARE.

Epistassi. — È questa la più conosciuta e la più frequente delle insufficienze epatiche rivelate da un solo sintoma. Siffatte perdite di sangue colpiscono l'individuo, in buona salute, all'improvviso; la loro insolita abbondanza e durata richiamano l'attenzione ed inducono ad esaminare il fegato: solo di rado questo esame non dà risultato, ma allora lo studio delle urine

ed il dosaggio dell'azotemia gettano luce chiara sul fatto.

Porpora. — Spesso alcuni casi inspiegabili di porpora devono la loro origine, come le epistassi summenzionate, ad uno stato di insufficienza epatica. L'A. narra il caso di una donna che presentò intensa porpora in seguito a colpi ricevuti in una rissa: detta inferma era stata già curata per una cirrosi venosa e gli esami praticati in vita insieme coi risultati concordanti dell'autopsia permisero di stabilire l'insufficienza epatica, con importanti deduzioni medico-legali.

FORME NERVOSE.

Si possono avere manifestazioni nervose di diversi tipi, e l'A. riporta tre di essi.

Forma dolorosa. — Rappresenta il più lieve dei disturbi che l'intossicazione epatica produce sui centri nervosi. Eccone un esempio:

Un individuo, alcoolista, entra all'ospedale con dolori toracici e cefalea. Dopo otto giorni di riposo e di dieta tutti i disturbi sono quasi scomparsi, ma la cefalalgia persiste. Nelle urine esiste urobilina in quantità apprezzabile. L'urea escreata è in quantità inferiore alla norma. Nessun altro dato viene fornito dal più completo esame dei visceri, e non resta che ammettere un'intossicazione da insufficiente funzione epatica.

Forma delirante. — È un grado più avanzato del precedente dell'avvelenamento del tessuto nervoso centrale.

Un uomo, bevitore abituale, viene una sera all'improvviso colpito da una crisi di delirio. Trasportato all'ospedale e sottoposto a dieta lattea, il suo stato psichico ritorna in due giorni normale. Nessuna causa si sarebbe trovata per il suo disturbo nervoso, senza l'esame delle urine, nelle quali fu constatata urobilina e diminuzione dell'urea escreta, caratteristica della cattiva funzione del fegato.

Forma convulsiva. — È di una gravità ancora maggiore della forma precedente, di cui spesso rappresenta la fase terminale.

In questi infermi, che sono generalmente degli etilici, la diagnosi vien fatta soltanto dopo l'esame del fegato e le ricerche urologiche. Queste crisi convulsive si ravvicinano molto con quelle dell'ittero grave. Bisogna andar cauti nel non pronunziarsi troppo a cuor leggiero per una isteria o un'epilessia; non i bromici nè i sedativi occorrono a questi ammalati, bensì un buon regime disintossicante.

Forme idropigene. — L'A. ritiene, con Hanot e Dieulafoy, molti edemi, semplice espressione d'insufficienza epatica.

Si tratta spesso (specie nelle regioni flagellate dall'alcoolismo) di individui i quali si lamentano solo di gonfiori e di pesantezza alle gambe. Non sono nè dei varicosi nè dei cardiaci, non hanno segni di nefrite acuta o cronica. Ma dati preziosi si desumono dallo studio urologico dell'escrezione ureica, dell'urobilinuria e della glicosuria provocata.

Questi edemi, segni di vere epatiti idropigine, hanno varia gravità. Vi sono quelli funesti, che accompagnano fino alla morte l'ammalato, afflitto da tutti i disturbi palesi della malattia epatica. In una seconda categoria sono quelli meno gravi, quantunque assai tenaci, fidi compagni degli stadî ultimi delle cirrosi.

La terza categoria poi è fatta da quegli edemi che, non associandosi ad altri segni dell'insufficienza epatica, possono essere definiti monosintomatici. Sono edemi sovente *precirrotici*, benigni e facilmente riassorbibili, e che solo lo studio delle funzioni digerenti e delle urine permette di ricollegare col fegato. Essi sono l'espressione di un'autointossicazione, e, secondo l'A., legati forse al passaggio dapprima in circolo e poi nei connettivi di sostanze albuminoidi colloidi, non dializzabili attraverso il filtro renale.

Forse molte nefriti idropigene senza albuminuria potrebbero, con un più completo studio, essere classificate per epatiti idropigene.

FORMA CACHETTIZZANTE.

Sono questi tipi i meno precisi. È nota la cachessia dei cirrotici, che i nosografisti descrivono contrastante col ventre grosso e meteorico.

Questo contrasto manca, quando la cachessia mina lentamente la vita di individui cronicamente avvelenati dalla cattiva funzione della loro glandola epatica.

FORME MISTE.

Non sono tali per il *coesistere* di più sintomi, ma per il presentarsi di essi *successivamente*.

Così una forma idropigena può precedere una delirante, e questa a sua volta essere seguìta da una convulsiva o terminare per una porpora fulminante.

Ogni crisi allora resta monosintomatica. Si possono però avere anche forme miste intese nel senso della coesistenza di due o tre sintomi: son desse le forme oligosintomatiche. Attraverso gradazioni sempre più complicate si giunge poi ai quadri completi delle insufficienze epatiche benigne o gravi.

G. SABATINI.

CHIRURGIA.

Il trattamento delle fratture della tibia non consolidate per mezzo di un trapianto osseo.

(M. S. HENDERSON. *Ann. of Surg.*, apr. 1914; e E. F. ROBINSON, ibidem.).

Le fratture non consolidate della tibia, relativamente frequenti, sebbene la non consolidazione non si prolunghi tanto quanto nelle fratture dell'omero (dove raggiunge i 5, 10, 14 anni), presentano il più grande interesse per la condizione miserevole in cui pongono l'infortunato cui l'uso dell'arto inferiore è assai più necessario che quello dell'arto superiore. Nel trattamento di questi casi il chirurgo è stato messo a dura prova, frequentemente: il trapianto osseo ha qui avuto esito brillante e nel numero di aprile degli *Annals of Surgery* due autori pubblicano, indipendentemente l'uno dall'altro, i risultati che ne hanno ottenuto.

M. S. Henderson riferisce su nove casi curati alla clinica dei Mayo. Le condizioni necessarie per la vitalità dell'osso trapiantato sono: asepsi; provenienza del trapianto osseo dallo stesso individuo; buona nutrizione sanguigna nel nuovo *habitat;* contatto con l'osso preesistente per notevole estensione.

Osso sufficiente può essere ottenuto dall'arto stesso: sarà necessario ricorrere a quello dell'altro lato quando sia presente l'infezione del focolaio di fattura: in tal caso l'asportazione di osso dall'arto sano sarà compiuta in ogni suo particolare prima di aggredire l'arto infetto.

Riguardo all'epoca in cui eseguire il trapianto in caso di consolidazione ritardata (espressione da preferire a quella di non consolidazione poichè è probabile che col tempo la frattura finirà col consolidarsi) non può esser fissato un periodo preciso: molti fattori entrano in considerazione ma il chirurgo terrà di mira principalmente che il suo scopo è quello di restituire il paziente alle sue occupazioni il più presto possibile.

I 9 casi riportati concernevano tutti giovani sani: uno solo aveva sifilide ma contratta a un anno dalla frattura: sei fratture semplici, tre esposte delle quali uno sola si infettò.

È difficile di stabilire, dunque, per quale ragione non avvenne il normale consolidamento.

L'osso in questi casi di frattura della tibia è specialmente adatto al trapianto perchè facilmente accessibile, trovandosi il campo operatorio direttamente sotto la pelle. Non ci si dovrà preoccupare della lunghezza dell'arto cui provvede il perone, sano o già consolidato, nè nell'allineamento dei frammenti cui si provvederà con mezzi contentivi esterni. Non è necessario insinuare l'osso trapiantato nella cavità midollare: basta scavargli per mezzo dello scalpello o della sega una doccia adeguata. Se invece fosse usato come stecca midollare agirebbe piuttosto da corpo estraneo che man mano viene riassorbito, stimolando però nello stesso tempo l'osteogenesi che porta alla consolidazione. L'A. ricorda a questo proposito che già 25 anni or sono il Mayo introduceva come stecca nel midollo di una frattura non consolidata dell'omero il manico di avorio di un ordinario coltello da cataratta il quale funzionava appunto da stimolo all'osteogenesi.

L'A. preferisce di asportare l'osso per il trapianto dalla tibia dello stesso lato, poichè prendendolo da quella dell'altro arto si toglie al paziente l'uso di ambedue le estremità inferiori per un mese o più. La tecnica ne è semplice. Con lo scalpello o con la sega circolare mossa da un motore si rimuove dalla superficie interna del frammento più lungo della tibia fratturata una stecca ossea che sia di lunghezza sufficiente a costituire un ponte abbastanza solido: di solito di 6-8 cm. di lunghezza per 1 1/2 di spessore: oltre a questa se ne asporta un'altra sulla stessa linea e dello stesso spessore, ma più corto, dal frammento minore. Si dovranno asportare tutti gli strati cioè periostio, strato corticale e strato peri-midollare: con un po' di accortezza il trapianto può essere applicato in modo che i singoli strati si continuino con quelli vicini nella nuova sede ottenendo così una guarigione rapida, poichè una serie di immagini radiografiche ha dimostrato che il trapianto è in grado di vivere e funzionare senza essere prima assorbito e quindi sostituito da nuovo osso. Ora dei due pezzi asportati il primo, il maggiore, viene posto in modo da costituire il ponte attraverso la linea di frattura, mentre l'altro viene a colmare la perdita di sostanza che era rimasta nel frammento più lungo della tibia. Si passeranno dei punti periostali per fissare i trapianti e si chiuderà la cute con seta. Un apparecchio gessato includerà poi l'arto comprendendo il ginocchio e l'anca. Questo sarà rimosso dopo due settimane, saranno tolti i punti e applicato un nuovo apparecchio da lasciare per 4-6 settimane: la consolidazione è di solito buona sì da permettere al paziente di camminare in capo a 3-6 mesi.

Seguono le storie cliniche dei nove casi che non hanno bisogno di riassunto speciale perchè per tutti fu seguìta la tecnica suddetta. Diremo solo che in tutti si ebbe un ottimo risultato.

***

E. F. Robinson riporta cinque casi che ebbe occasione di osservare e di curare nel periodo di un anno. La sua tecnica è però diversa da

quella seguìta dall'autore precedente. Anzitutto egli prese il trapianto dalla tibia del lato opposto: giova dire però che in tutti i suoi casi meno uno si trattava di frattura completa e comminuta di ambedue le ossa della gamba. L'A., lasciato da parte il perone, poichè il peso del corpo è sostenuto unicamente dall'osso più grande, regolarizza dapprima con una sega circolare o col filosega di Gigli le due estremità dei frammenti, ricorrendo anche se ne è il caso al raschiamento della cavità midollare; indi asporta una stecca ossea dalla tibia sana di 12 cm. circa di lunghezza e l'insinua fra le due superfici ossee regolarizzate introducendole nella cavità midollare. Indi chiude per prima e applica un apparecchio gessato.

È interessante riportare dopo quanto tempo dalla frattura l'A. credette di intervenire; e dopo quanto tempo dalla operazione si ottenne la guarigione. Ecco, in particolare, questi periodi di tempo. Nel 1° caso (40 anni, frattura completa comminuta nel terzo superiore della gamba sinistra) l'operazione venne eseguita dopo che sei settimane di immobilizzazione non avevano prodotto alcun consolidamento; a quattro settimane dall'intervento la consolidazione era avvenuta. Nel 2° caso (47 anni, frattura completa comminuta delle ossa della gamba sinistra) operazione a otto settimane dall'accidente, consolidazione a sei settimane dall'operazione. Il 3° caso (frattura della tibia e fibula a circa la metà della gamba) è operato dopo nove settimane di non consolidazione: la consolidazione avvenne ma non è detto dopo quanto tempo. Nel 4° caso (35 anni, frattura comminuta della tibia destra) si intervenne dieci settimane dopo il trauma; e sette settimane dopo si aveva una buona consolidazione. Nel 5° caso (33 anni, frattura di ambedue le ossa) venne eseguito il trapianto nove mesi dopo la frattura: dodici settimane dopo l'operazione (il paziente lasciò l'ospedale prima del tempo necessario) la consolidazione era avvenuta.

Dalla propria esperienza l'A. è inclinato ad ammettere che la non consolidazione della tibia e del perone non è troppo rara: e gli sembra accada più specialmente quando il focolaio di frattura si trova nel terzo medio o superiore. La spiegazione potrebbe consistere nella formazione di un trombo nell'arteria nutritizia dell'osso che vi entra appunto in quella regione: in conseguenza, allora, della nutrizione insufficiente il processo di riparazione dell'osso è ritardato al punto che viene a interporsi del tessuto connettivo il quale costituisce un ostacolo permanente alla formazione del callo. In tale circostanza un trapianto ben posto, bene in contatto con ambedue i frammenti, che si estenda oltre l'area infiammata, funzionando da conduttore (Murphy) del processo di neoformazione, non può non provocare la consolidazione in tutti i casi in cui questa mancava.

L'A. non ha mai asportato il periostio. Però in due casi nelle manovre per insinuare l'osso da trapiantare il periostio venne strappato dalla metà inferiore di questo. Tuttavia si ebbe ugualmente la consolidazione, il che confermerebbe le vedute di Macewen che il periostio non è essenziale nel processo di formazione dell'osso.

Per scolpire il pezzo osseo da trapiantare certo il più conveniente è una sega elettrica ma essa non è assolutamente necessaria: è assai utile un piccolo scalpello triangolare da ebanista o da tornitore che può trovarsi in qualsiasi negozio di ferramenta e che gioverà specialmente per far saltare tutt'insieme il frammento osseo che sia stato prima disegnato nei suoi confini con un comune scalpello operatorio.

Non venne mai applicato un drenaggio. Del resto, naturalmente occorre procedere con le più scrupolose regole asettiche.

Il risultato ultimo è stato per tutti una robusta consolidazione con formazione appena di un piccolo callo; il quale anzi nei primi due casi venne così riassorbito da essere quasi scomparsa la minima traccia di deformità.

SEBASTIANI.

Trattamento delle ernie muscolari con il trapianto aponeurotico.

(MAUCLAIRE. *Archives générales de chirurgie*, anno VIII, n. 7).

L'A. ritiene interessante segnalare questa nuova applicazione del trapianto aponeurotico, non avendone trovato cenno fra le numerose indicazioni contenute nel lavoro completo del Kirschner.

Le ernie muscolari non sono molto comuni; e quando l'orificio erniario sia assai più piccolo è sufficiente la sutura aponeurotica per guarirle; ma se l'orificio è largo, se l'aponeurosi circostante è anch'essa poco solida e diminuita di spessore, se l'ernia è doppia, se l'aponeurosi stessa distesa e sfiancata costituisce il sacco erniario occorre provvedere in maniera più efficace e radicale. Ed il miglior mezzo sarebbe, secondo Mauclaire, il trapianto aponeurotico. Egli si è servito di un lembo di aponeurosi del *fascia lata* che si incide per una superficie superiore a quella da ricoprire e si trapianta su l'orificio erniario fissandolo all'aponeurosi circostante per mezzo di punti staccati.

La porzione del ventre muscolare erniata si può preventivamente escidere in parte, come consigliano Giess e Garin, o del tutto, mediante una resezione cuneiforme; oppure si può raggruppare e contenere per mezzo di punti staccati costrittorî, secondo l'indicazione di Choux, per impedire la tendenza del muscolo ad uscire dalla guaina aponeurotica. I risultati sarebbero ottimi.

L. GUIDI.

MEDICINA DI GUERRA.

Il cuore da sforzo in guerra.

(BRANDENBURG. *Medizinische Klinik*, 1914, n. 37).

Il soldato in guerra è sottoposto ad ogni sorta di fatiche: le sue energie fisiche, il suo sistema nervoso, il suo spirito sono assoggettati a fatiche che spesso sorpassano e di molto i limiti abituali. E l'organo sul quale gravita più specialmente l'eccessivo lavoro muscolare o gli eccessivi squilibri emotivi è senza dubbio il cuore.

I disturbi che possono colpire la funzione cardiaca sia per forma che per intensità sono naturalmente in rapporto allo stato in cui si trova l'organo nel momento nel quale viene sottoposto ad un lavoro straordinario. Noi conosciamo quale sia la capacità di adattamento del cuore, e come esso possa corrispondere adeguatamente e senza disturbi di sorta alle richieste di maggior lavoro, quando questo non sia eccessivo. Ma quando esiste una lesione anche minima e precedentemente mai apprezzata sia nel cuore stesso, sia nel suo sistema d'innervazione o anche nel sistema vasale, allora la capacità di adattamento vien subito meno, il cuore cade in uno stato di insufficienza non appena l'individuo vien costretto a fatiche straordinarie o soffra gravi patemi d'animo. Riesce ad ogni modo molto difficile poter stabilire con sicurezza a mezzo dell'esame fisico fino a qual punto in ciascun individuo il cuore può essere sforzato senza danno: esistono al riguardo infinite variazioni individuali che non possono essere apprezzate con i mezzi d'indagine che attualmente possediamo.

Sono certamente rari i casi nei quali l'eccessivo affaticamento muscolare produce la morte dell'individuo supposto sano; ma tuttavia una tale evenienza non si può escludere, tenuto conto che non raramente si verifica la morte per paralisi cardiaca dei cavalli durante le corse o di altri animali nelle caccie. D'altra parte in guerra bisogna tener conto che oltre l'affaticamento agiscono sul cuore altre cause debilitanti: le condizioni della respirazione, le forti emozioni, il soprariscaldamento del corpo durante le marce, l'insufficiente traspirazione cutanea, le alterazioni del ricambio dell'acqua, la insufficienza dei riposi e del sonno, la irregolarità e la scarsezza della alimentazione. Tutte queste sono cause accessorie e predisponenti della insufficienza cardiaca.

La diminuzione dell'attività del cuore come centro del meccanismo circolatorio è caratterizzata da una diminuzione dell'ampiezza del battito cardiaco. Le conseguenze prossime di questo fatto sono un incompleto riempimento del circolo arterioso ed una stasi nel circolo venoso. Si ha così affanno, senso di tensione all'epigastrio ed alla regione epatica, più tardi senso di oppressione e dolore al petto dietro lo sterno e nella regione cardiaca, dolori che spesso si irradiano alle braccia specie a sinistra. Questi disturbi sogliono manifestarsi durante gli sforzi ed aumentano proporzionatamente con l'aumento della stasi. Si associano a senso di angoscia e di oppressione, ad un senso di esaurimento e di estrema debolezza che dànno alla mimica una espressione di sbigottimento e di abbattimento. La debolezza aumenta fino al punto che il paziente è incapace di camminare e di stare in piedi, egli si abbatte al suolo e può andare avanti solo strisciando sulla terra. Il viso è qualche volta leggermente gonfio, straordinariamente pallido, talvolta bluastro. Le mani sono fredde, il polso è debole, piccolo, straordinariamente frequente tanto che spesso riesce difficile palparlo e contarlo. Ciò nei primi momenti, successivamente il polso pure rimanendo piccolo e debole diventa meno frequente ed insieme irregolare, disuguale.

In queste condizioni il cuore può presentare una notevole dilatazione che può essere passeggera, rapidamente dileguantesi oppure duratura e preludere ad una più grave e progressiva alterazione. Talora anche in seguito a forte affaticamento, come si è potuto constatare nei ciclisti e nei corridori, non si ha dilatazione del cuore, ma perfino una diminuzione dell'aia di ottusità cardiaca, il che non toglie che nel momento stesso dello sforzo vi sia stata dilatazione.

Quando vi sono gravi fenomeni da stasi si ha ingrossamento del fegato ed anche albuminuria, che il più delle volte deve attribuirsi più verisimilmente ad uno stato tossico.

La manifestazione di una notevole dilatazione del cuore dopo un sopraffaticamente fisico deve far sospettare nella maggior parte dei casi una

predisposizione morbosa. La dilatazione patologica del cuore si produce prevalentemente nella sistole, ossia nel momento in cui il muscolo cardiaco costringe una quantità di sangue aumentata, che deve spingere contro resistenze pure esse aumentate per l'eccessivo lavoro. La parete del cuore così si sfianca, si rilascia e più specialmente in alcune regioni, come quella della punta.

Come cause acceleranti la produzione di una dilatazione cardiaca in seguito a sforzi muscolari si deve innanzi tutto indicare una debolezza di costituzione, come quella che si riscontra nel sistema cardio-vascolare di individui molto giovani o male sviluppati. Al riguardo bisognerà ricordare che la mancanza di abitudine al lavoro agisce come deprimente la forza di resistenza del cuore, mentre l'esercizio e l'abitudine agiscono in senso opposto.

L'esercito in tempo di pace è costituito da individui di poco più di 20 anni, fisicamente sani ed idonei a lavori anche non ordinarî: si tratta perciò di un materiale umano scelto, con cuore sano, ed esente da qualsiasi predisposizione debilitante. Ma se, come accade nella guerra attuale, sono arruolati sotto le armi e mandati sui campi di battaglia individui appartenenti alle classi più anziane, allora i confini delle possibilità diagnostiche e prognostiche si allargano oltre ogni misura. In genere la frequenza e la gravità dei disturbi cardiaci in seguito a sforzo si va sempre accentuando a misura che gli arruolati si avvicinano ai 40 anni, all'età cioè nella quale tutte le cause di debilitazione del cuore hanno avuto già tempo di agire.

Qui basti ricordare l'alcoolismo cronico e l'abituale intempereanza non solo nel bere ma anche nel mangiare: con l'andar degli anni questi abusi rendono difficile e penoso il lavoro muscolrae, nella muscolatura del corpo e nel cuore stesso si determina uno stato di debolezza che talora è avvertita gradatamente, ma più spesso si manifesta improvvisamente con sintomi allarmanti in seguito ad uno sforzo eccessivo. Sono questi gli uomini apparentemente sani ed anche molto robusti che in una marcia cadono prima degli altri.

Ma la causa più importante e forse anche più frequente che subdolamente menoma la forza del cuore è la sifilide. Più che per le infiltrazioni gommose e per l'induramento del tessuto interstiziale essa agisce per le alterazioni indotte nel circolo coronario.

Ad ogni modo è più che probabile che tutte le dilatazioni idiopatiche del cuore debbano mettersi in conto di un difetto nella circolazione di quest'organo, dell'arteriosclerosi dei vasi coronarî, che il più delle volte non è rilevabile all'esame fisico, e che spesso è complicata o legata ad un'affezione renale. Questi stati che potrebbero essere messi in evidenza solo con l'esame sfigmomanometrico e con l'analisi delle urine spesso sono trascurati dai pazienti e dai medici, e si mettono in evidenza con una dilatazione acuta del cuore quando i soggetti si sottopongono a fatiche che sorpassino l'abituale lavoro corporale.

Il trattamento dei disturbi cardiaci in quistione deve essere indirizzato a rimuovere in ogni caso lo stato di debolezza improvvisa del cuore. La prima indicazione è quella di sgravare l'organo da ogni eccessivo lavoro a mezzo dell'assoluto riposo fisico e mentale. Per sollevare l'attività cardiaca giova l'applicazione sulla regione del cuore di compresse fredde o di borse di ghiaccio. Nella stasi del circolo venoso e della circolazione polmonare produce benefici effetti immediati il salasso.

D'altra parte è necessaria la somministrazione di eccitanti come vini generosi, cognac, caffè forte; come pure è consigliabile l'applicazione di forti stimoli sulla cute delle braccia e delle gambe mediante frizioni o meglio ancora mediante bagni caldi senapati.

Un'azione veramente pronta, sorprendente, dànno le iniezioni endovenose di digitalina o digalen e di strofantina. Alle iniezioni endovenose si fanno succedere nelle ore seguenti quelle sottocutanee ed infine la somministrazione per bocca di foglia di digitale in pillole o in polvere.

In qualche caso per aumentare la pressione del sangue si potrà ricorrere alla iniezione sottocutanea di un cmc. di adrenalina al millesimo.

In un secondo tempo e dopo che i fenomeni acuti si sono dileguati si penserà a fare le ricerche intese a stabilire se lo sforzo ha agito su un cuore precedentemente sano o ha solamente aggravato uno stato di fatto preesistente. In genere quando il cuore era precedentemente sano i fatti acuti scompaiono in breve tempo senza lasciare traccia alcuna. Purtuttavia al riguardo non si posson dare criterî netti e sicuri.

Bisogna d'altra parte tener presente che nel caso un trauma (e con trauma vogliamo intendere sforzi corporali e patemi d'animo) agisce su di un cuore precedentemente malato, mettendo in evidenza la bassa incapacità funzionale del cuore stesso, questo, anche quando siano passati i fenomeni acuti, rimane in uno stato di labilità, per cui i malati pur sopportando senza molestie le ordinarie fatiche, hanno di nuovo i medesimi disturbi al benchè minimo sforzo.

Uno speciale contegno assumono quei casi, nei quali l'eccesso di lavoro colpisce più la in-

nervazione che il muscolo del cuore: in questi casi permane un'accentuata e facile eccitabilità non solo agli stimoli fisici, ma anche a quelli psichici, che si estrinseca con accelerazione ed irregolarità del polso, con angoscia e senso di oppressione al petto. Su questo quadro della eccitabilità del cuore, che il più delle volte risulta dalla combinazione di fenomeni di neurosi cardiaca e di insufficienza difficilmente separabile, spicca per persistenza e per intensità qualche sintomo: ora rimane una tendenza alla irregolarità del ritmo, ora una tachicardia, tal'altra un senso di angoscia e di oppressione al petto ed all'epigastrio.

Si tratta in conclusione di conseguenze nervose o psichiche che per lo più sono preparate dall'abuso dell'alcool.

DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Echi del Congresso di Medicina interna.

Dott. G. B. CARDINALE (Istituto di elettroterapia e radiologia della R. Università di Genova). *Un caso di cisti da echinococco polmonare.* — L'O. presenta un caso di cisti da echinococco del polmone destro (lobo medio) assai interessante sia per l'interesse clinico che radiologico, sia per il decorso benigno. I dati clinici non davano alcun segno di certezza per la presenza di una cisti da echinococco. L'indagine radiologica praticata nel periodo di prima osservazione non diede luce decisiva, anzi si era pensato ad un tumore del mediastino o ad un fatto aneurismatico, mancando assolutamente la figura radiologica della cisti da echinococco. Altra particolarità che si osservava al quadro radiologico era l'innalzamento dell'ombra durante l'inspirazione.

La diagnosi fu stabilita in modo certo per la puntura eseguita che diede esito a liquido cistico.

Nel decorso seguito radiologicamente dopo la prima vomica si ha la comparsa di una bolla gassosa nella cisti che prende l'immagine di un idropneumotorace saccato. Si assiste poi alla scomparsa del liquido ed alla riduzione sempre maggiore dell'opacità, finchè si arriva alla scomparsa quasi completa dell'ombra dell'ambito polmonare destro, rimanendo però sempre accentuata un'opacità mediastinica.

Dott. G. B. CARDINALE. *L'emoptoe in relazione al quadro radiologico della tubercolosi.* — L'O. studiò le lesioni che si ritrovano radiograficamente negli emottoici in confronto dei non emottoici. Le ricerche in questo campo presentavano una certa difficoltà perchè nel quadro radiologico troviamo nelle forme un po' avanzate, sovrapposta tutta la diversa gamma delle lesioni tubercolari.

Quindi bisogna limitarsi nella classificazione a denominare il caso a seconda della prevalenza di una data lesione in confronto delle altre.

I risultati più importanti ottenuti sono: che le emottisi anche cospicue non richiedono la presenza assoluta di fatti cavitari e che anzi è maggiore il numero degli emottoici non cavitari. Inoltre confrontando i risultati con quelli che si hanno in infermi che non hanno mai sputato sangue, si vede che in questi ultimi si trova una percentuale maggiore di cavitari.

Un altro fatto importante è questo: che si riscontra emottisi anche in lesioni di natura iniziale polmonare e cioè nelle forme prevalentemente peribronchiali.

Dott. G. B. CARDINALE. *Un caso di dilatazione del tenue.* — Questo caso presenta un certo interesse perchè sono abbastanza rari i casi descritti nella letteratura di stenosi della valvola del Bauin studiata röntgenologicamente.

La diagnosi radiologica si fonda sopra l'aspetto differente che presenta l'intestino tenue dilatato dall'intestino crasso; sopra tutto importante per la differenziazione è la mancanza delle austre e la presenza delle pieghe del Kerkring e sopratutto la grande variabilità dell'immagine radiologica nelle successive osservazioni.

C. FARMACHIDIS e A. VATTUONE (Istituto di patologia medica della R. Università di Genova). — L'osservazione di alcuni casi di *faringotonsillite acuta con glicosuria transitoria,* condusse gli autori a studiare l'azione eventualmente esercitata dalle tonsille nel determinare tale glicosuria.

In una lunga serie di ricerche sperimentali gli AA. hanno potuto stabilire che:

1. L'irritazione semplice meccanica delle tonsille palatine, può provocare negli animali iperglicemia e glicosuria.

2. L'iniezione endovenosa di estratto tonsillare in animali spontaneamente glicosurici, può fare scomparire la glicosuria.

3. L'iniezione endovenosa di estratto tonsillare può attenuare notevolmente la glicosuria sperimentalmente provocata negli animali (spancreatizzazione totale).

4. L'iniezione endovenosa di estratto tonsillare può inibire l'azione glicosurica, tossica, mortale ed ipertensiva dell'adrenalina.

5. L'estratto di tonsille oltrechè *in vivo,* esercita identica azione glicolitica *in vitro.*

6. L'estratto di tonsille palatine, possiede una spiccata azione leucopoietica ed è pure dotato di un discreto potere eritropoietico, sia quando viene iniettato in animali, sia quando viene iniettato in individui oligoemici.

7. In base ai benefici risultati terapeutici ottenuti in tre osservazioni cliniche, gli AA. intravedono la possibilità dell'opoterapia tonsillare, nel diabete mellito.

S. FICHERA. *Qualche inconveniente della terapia con il torio X.* — A proposito della terapia con il torio X porta un contributo personale detratto da casi di malattie diverse trattati con iniezioni endovenose di questa sostanza. Il torio X per la sua grande affinità verso il midollo osseo e verso il sangue, esplica una indubbia azione emorragica, la quale talvolta può essere abbastanza intensa e mettere in pericolo la vita del paziente. Per quanto quest'azione sia conosciuta, pure è necessario insistere sui pericoli che può presentare affinchè si mantengano le opportune precauzioni. Tanto più che, spesso, quest'azione emorragica è estranea ad un iperdosaggio della sostanza.

Su circa 12 casi di malattie diverse trattati con il torio X, in tre si presentarono sintomi emorragici: un primo ammalato, affetto da ittero emolitico, ebbe tre gravi ematemesi con melena; un secondo con carcinoma gastrico due gravi ematemesi ed un terzo affetto da carcinoma epatico delle diffuse emorragie cutanee. Questi fenomeni si ebbero dopo 6-8 giorni dall'ultima iniezione di torio X, la cui dose nel primo caso non fu superiore a 60 U. E., negli altri due a 870 U. E.

Negli altri ammalati il torio X fu sopportato bene. L'A. insiste perciò sulle cautele necessarie che devono usarsi nella cura con questo elemento. Data la grande affinità di questa sostanza per il sangue e dato il suo potere cumulativo, è bene non ricorrere, ove il caso non lo richieda assolutamente, alle dosi eccessive ed è anche bene distanziare le iniezioni fra di loro di non meno di 6-8 giorni.

Prof. GALLI (Bordighera). *La cura del terreno nelle cardiopatie* venne introdotta in terapia dal clinico Oertel, alcuni decenni or sono; ed è strano come in Italia nessuno si sia mai occupato di quest'ultimo e semplice metodo terapeutico.

L'O. descrive le modalità e il meccanismo d'azione per concludere che in genere si aggrava il decorso delle cardiopatie con un eccessivo riposo e che il timore dell'esercizio muscolare nei malati dei vasi e del cuore non ha spesso fondamento reale. Forse per tale preconcetto dominante nel campo medico non si fa in Italia la cura del terreno, la quale merita invece davvero di essere tolta dall'oscurità in cui finora è fra noi rimasta.

Prof. A. GASBARRINI (Istituto di patologia e clinica medica della R. Università di Sassari). *Sul comportamento della reazione di Wassermann (metodo originale e modificato) e della prova di Pick e Pribram nella malaria.* — L'O. ha fatto ricerche comparative sulla reazione di Wassermann nella malaria, avendo di mira in modo speciale la malaria latente, non sufficientemente presa in considerazione dai precedenti ricercatori. Molti sieri malarici in atto e latenti sono stati sottoposto parallelamente al metodo classico di Wassermann ed a quello modificato dal Rossi, Desmoulière e Brendel-Müller. L'A. ha voluto inoltre studiare se i sieri malarici acquistassero di per sè, al pari dei sieri sifilitici, proprietà anticomplementari, in seguito ad estrazione allo stato liquido con etere.

Dalle ricerche è risultato:

A) Per la malaria in atto:

1. La reazione di Wassermann nell'infezione malarica in atto è riuscita positiva nel 18.6% dei casi.

2. La reazione scompariva ordinariamente alcuni giorni dopo lo sfebbramento.

3. L'intensità della reazione non era in rapporto con la presenza e varietà dei plasmodî circolanti nel sangue, nè col numero di essi.

4. La chinizzazione modificava l'esito della reazione; in alcuni casi la Wassermann, che era positiva prima, scompariva dopo la somministrazione di optochin, ed in altri, parimenti chinizzati, si attenua notevolmente. Del resto, che la chinizzazione abbia direttamente influito a modificare l'esito della prova in questi casi non è possibile dire con sicurezza, quando si sa che anche in malarici non sottoposti alla cura chininica, in cui l'infezione finisce per estinguersi naturalmente, è dato talora assistere all'attenuazione ed alla scomparsa della reazione di Wassermann.

5. I sieri privati degli ambocettori emolitici naturali secondo Rossi conservano quasi costantemente immutato il loro potere di reagire in presenza dell'antigene luetico.

6. Gli antigeni di Desmoulière riuscivano non meno attivi dei semplici estratti acquosi di fegato sifilitico.

7. I sieri saggiati col metodo di Brendel-Müller mostravano un potere fissatore meno forte di quello che si aveva nella reazione di Wassermann originale.

8. I sieri in seguito ad estrazione con etere non acquistavano potere anticomplementare.

B) Per la malaria latente:

1. La reazione di Wassermann nella malaria allo stato di latenza è stata quasi sempre negativa.

2. In qualche raro caso con esito debolmente positivo si doveva pensare con ogni probabilità ad una lues pregressa.

3. I metodi di Rossi, Desmoulière e Brendel-Müller non modificavano per nulla la negatività della reazione.

4. Il fenomeno di Pick e Pribram è mancato costantemente.

GHEDINI G. (Istituto di clinica medica della R. Università di Genova) *Situazione endocrinica e farmacodinamismo sia mediante indagini eseguite sopra soggetti con situazione endocrinica costituzionalmene modificata (Basedowiani, Addisoniani, diabetici, ecc.), sia mediante indagini eseguite sopra animali con situazione endocrinica artificialmente modificata (in eccesso) mediante precedente trattamento con prodotti endocrinici.* — L'O. è riuscito a dimostrare la cospicua influenza che dette modificazioni esercitano sulla esplicazione dei fenomeni soliti a conseguire alla somministrazione dei comuni farmaci gastro-intestinali, e cardiovascolari. Le azioni di queste possono nei vari casi essere inibite, invertite o esagerate, ecc.

GHEDINI, OLLINO e MANFREDI. — Il contenuto fecale di soggetti infermi per morbi diversi dell'apparato gastro-intestinale, oppure no, presenta sostanze che eccitano la mobilità e tonalità e sostanze che la diminuiscono o inibiscono. Con ricerche collaterali hanno messo in evidenza quali sieno quelle che esercitano la prima e quelle che esercitano la seconda azione. Questi reperti offrono grande interesse per la patologia dell'apparato gastro-intestinale inquantochè dimostrano la cospicua influenza del contenuto intestinale sulla funzionalità dell'apparato stesso.

MANFREDI L. (Istituto di clinica medica della R. Università di Genova) — *Ipersensibilità ai veleni dopo l'introduzione di materiali tubercolari morti nel mezzo organico (vaccinazione antitubercolare).* — Scelsi per la ricerca soggetti sani, immuni all'esame fisico, e alle fini ricerche biologiche da stimmate di tubercolosi. Riscontrai che la prova della tubercolina negativa prima apparve positiva tra i 20 e i 30 giorni dall'introduzione nel derma di germi tubercolari morti (vaccinazione antitubercolare).

Le prove della cutireazione e della oftalmoreazione negative o dubbie prima, apparvero positive tra i 5 e i 23 giorni dall'innesto.

Questi risultati dimostrano che la introduzione di materiali tubercolari crea uno stato di ipersensibilità nell'organismo: fatto il quale prova che effettivamente sono entrati antigeni tubercolari nell'organismo: dappoichè universalmente si ritiene che l'ipersensibilità dinanzi ad un antigene dato dimostra che un antigene analogo è già venuto a contatto del mezzo organico.

L. MANFREDI. *Funzionalità gastrica nei tubercolosi.* — Ricercando sistematicamente la funzionalità gastrica nei tubercolosi — ricerca del potere assorbente, del potere motorio e digerente dello stomaco — ho trovato:

a) riguardo al potere assorbente esiste costantemente un notevole ritardo sulla norma nella comparsa dell'iodio nella saliva. Il ritardo è più cospicuo nei tubercolosi febbrili e in cattive condizioni di nutrizione. Ricerche di controllo in ammalati febbrili vari dànno pure un ritardo, ma assai minore; ricerche di controllo in infermi cachettici, non tubercolosi, dànno un ritardo egualmente cospicuo;

b) riguardo al potere motorio — ricercato coll'ingestione di salolo e ricerca dell'acido salicilurico nell'urina — esso appare molto diminuito. L'acido salicilurico compare nell'urina dopo un periodo di tempo doppio della norma nei cachettici;

c) riguardo al potere digerente esso è costantemente ritardato: tanto più quanto più l'infermo è distrofico. Quest'ultima ricerca ho fatta con sacchetti di guttaperca laminata racchiudenti ioduro di potassio e legati con fili di fibrina.

MARCORA F. (Istituto di patologia medica della R. Università di Pavia). — Riferisce su di *un caso di anemia grave a tipo pernicioso e a decorso febbrile* nel quale la emocoltura ripetutamente praticata aveva dato esito negativo; dopo la morte del paziente venne isolato il bacillo di Eberth dalla milza e dal midollo osseo; l'interesse del caso sta nella sua rarità e nel fatto della possibilità dell'esistenza di anemia a tipo pernicioso dovuta alla localizzazione di germi patogeni negli organi emopoietici.

OLLINO g. (R. Clinica Medica di Genova). *Le proprietà vasomotorie del sangue defluente dalle ghiandole endocrine.* — L'O. descrive un nuovo dispositivo assai semplice che permette di constatare le proprietà vasocostrittrici o dilatatrici del sangue venoso tiroideo, pancreatico, surrenale e testicolare. Le maggiori proprietà vasocostrittrici furono riscontrate nel sangue surrenale. Il sangue pancreatico unito al sangue surrenale riesce ad inibire le facoltà costrittrici del sangue surrenale.

In seguito egli ha eseguito ricerche sulla maggiore resistenza che presentavano animali trattati con sangue venoso endocrinico di fronte alla intossicazione di prodotti ordinariamente

contenuti nel materiale intestinale. Si è valso di corpi ureici, purinici, chetonici, diaminici, indolici, ecc., ed è riuscito a constatare che mentre gli animali controllo erano morti nelle 24 ore, gli animali preparati con sangue surrenale avevano resistito alla dose minima sicuramente mortale dei prodotti suddetti.

Infine applicando le indagini biologiche ad animali preparati con sangue venoso surrenale ha dimostrato che il sangue di questi animali contiene una dose tripla di sensibilizzatrici in confronto degli animali trattati con sangue venoso periferico.

PESCE G. *Sulla visibilità dei calcoli biliari ai raggi Röntgen.* — L'O. riassunte le nozioni conosciute sopra l'argomento riferisce sopra due casi clinici in cui l'indagine radiologica permise di stabilire con relativa certezza una diagnosi clinicamente dubbia.

In un caso era evidente sulla radiografia tutta la cistifellea ingrandita nella cui ombra si notava un'opacità anulare dovuta ad un calcolo rivestito di concrezioni calcaree. Nel secondo caso non si poteva individualizzare nessun calcolo ma era assai ben visibile l'ombra della cistifellea che per i caratteri speciali e per il raffronto radiografico in proiezione dorsale e ventrale era differenziabile con una certa sicurezza da un'eventuale ombra renale. La diagnosi radiologica fu in ambedue i casi confermata all'atto operativo.

PESCE. *La diatermia in alcune affezioni articolari ed in altre forme morbose.* — L'O. ha trattato colla diatermia un certo numero di ammalati affetti da artriti croniche di probabile natura gonococcica, di nevralgie sciatiche e crurali, ecc., ottenendo risultati varî a seconda dei casi. In alcuni ebbe solo risultati temporanei consistenti in un alleviamento del dolore senza modificazioni sull'andamento della malattia, in altri migiloramenti più accentuati, ma anche questi incostanti, in altri ancora ottenne la guarigione.

In complesso l'O. nota come nelle sue esperienze, pur ottenendo alle volte risultati buoni, questi sieno stati in genere meno brillanti di quelli pubblicati da altri AA.; aggiunge però che in molti dei suoi casi si trattava di forme antiche e ribelli già a molti altri trattamenti.

Dott. F. SCHIASSI (Ospedale Maggiore di Bologna) e dott. A. SANGUINETTI (Clinica medica di Bologna). *Un caso di leucemia acuta linfatica.* — G... C..., di anni 15, muratore. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare e remota.

Verso la fine dell'agosto 1913 si accorse di una tumefazione al lato sinistro del collo. Il 17 settembre si presentò dal medico del paese perchè da qualche giorno sofferente di dolore alla cavità orale e specialmente alle arcate dentarie. Il medico constatò tumefazioni al collo, alle ascelle, agli inguini: milza palpabile.

Il 19 settembre si presentò di nuovo al medico con affanno e tosse.

Esame del sangue del 22 settembre:

Globuli rossi	4,500,000
Globuli bianchi	280,000

I globuli bianchi eran rappresentati quasi esclusivamente da mononucleari con scarso protoplasma senza granulazioni, con nucleo costituito da un tenue reticolo in certi elementi, da grossi blocchi di cromatina in certi altri.

Dal 19 al 22 settembre comparvero sulla pelle chiazze emorragiche e tosse con sputo emorragico. Il 23 settembre mal di capo, vomito sanguigno. Temperatura 38°.2. Il 24 aumento della cefalea, delirio. Morì il 25 settembre.

Autopsia. Emorragie in tutti gli organi interni, eccetto la vescica; vasta emorragia cerebrale: tumefazione di tutte le ghiandole, specialmente del mediastino. L'esame microscopico dimostrò in tutti gli organi la fuoriuscita del sangue da vasi e un infiltrazione di elementi linfoidi: nelle ghiandole era scomparsa la distinzione fra follicoli, cordoni e seni, nella milza fra follicoli e polpa, essendo tutto il tessuto costituito da piccoli elementi linfoidi distribuiti uniformemente.

Il midollo osseo, pure invaso da quelle cellule linfoidi, presentava in rarissimi punti qualche mielocita neutrofilo e globuli rossi nucleati.

L'esame del sangue e degli organi ematopoietici rivelavano un'atrofia del tessuto midollare, il tessuto linfatico presentava una intensa proliferazione in tutti gli organi: esistevano in circolo oltre ai veri linfociti anche forme differenziate immature. Questi fatti congiunti a una sindrome emorragica e a un rapido decorso, consentono il giudizio di leucemia linfatica acuta (1).

P. D. SICCARDI. (R. Clinica delle malattie professionali in Milano). *Per la fisiologia dell'appendice ileo-cecale.* — Accertato, sulla base dei dati filogenetici, ontogenetici e istologici degli ultimi anni, che l'appendice non può considerarsi come organo rudimentario, e movendo da questi necessari punti di partenza per lo studio della funzione dell'organo, l'O. tenta di costituire il capitolo della fisiologia dell'appendice considerandola nel riguardo delle sue funzioni, motoria, secretoria e linfatica.

(1) L'esposizione completa del caso, illustrata da una tavola, è in corso di stampa presso la « Rivista critica di clinica medica ».

Dimostra, documentandole con grafiche, le differenze nella motilità esistenti tra l'appendice di coniglio e quella dell'uomo, le quali servono a comprendere il significato di essa nei riguardi del circolo fecale, a spiegare la facilità al ristagno ed a chiarire la possibilità per un'appendice sana di rendersi visibile ai raggi X.

Riassume, presentando numerose grafiche dimostrative, i risultati della sua ricerca nei riguardi della funzione eccoprotica dell'appendice, della quale ha precisato gli elementi e determinato il meccanismo d'azione sia sull'intestino sopravvivente di coniglio, sia nell'animale vivente. Per tale ricerca la sostanza eccitante appendicolare ha notevoli analogie se non identità con l'ormone peristaltico di Zuelzer, Marxer e Dohrn; sarebbe comparabile alla secretina, e rappresenterebbe uno stimolo specifico di contrazione delle fibre liscie intestinali, specie dell'ultimo tratto.

Pone infine i quesiti della funzione linfatica dell'appendice la quale apparisce come un organo inegualmente attivo nel corso della vita, avente il massimo significato morfologico e fisiologico nell'età giovanissima.

SIVORI LUIGI e COSTANTINI GENNARO (Istituto Maragliano per lo studio delle malattie infettive, in Genova). *L'assimilazione in rapporto coi fenomeni immunitari.* — Sivori e Costantini hanno voluto studiare il comportamento del potere assimilatore dell'organismo animale sotto la diretta influenza dei fenomeni immunitari.

Prendendo come punto di partenza il fatto indiscusso che ogni fenomeno sintetico di assimilazione cellulare presuppone che nella cellula ed in quelle sostanze le quali debbono entrare in uno stretto rapporto con una parte della cellula esistano dei gruppi dotati di reciproca affinità da permettere che l'elemento venga fissato alla cellula stessa, hanno ricercato se era possibile elevare i poteri di assimilazione dell'organismo verso determinate sostanze alimentari, inoculando le stesse sotto cute al fine di stimolare l'organismo alla produzione di aggruppamenti del protoplasma vivente, artificialmente simili nella loro capacità a quelli naturali e permettere in tal modo una utilizzazione maggiore con lo stesso quantitativo di molecole alimentari.

A tal uopo hanno preparato estratti acquosi di sostanze vegetali e di cereali ed hanno sottoposto alla inoculazione con queste sostanze dei conigli. In questi ed in altri controlli venne somministrata giornalmente la stessa quantità in peso di sostanza alimentare corrispondente all'estratto e si ebbero a rilevare i seguenti fatti:

1° i conigli sottoposti ad alimentazione dosata e sufficientemente ricca crescono di peso;

2° i conigli sottoposti ad iniezioni di estratto aumentano in modo cospicuo così da aumentare in breve periodo di vari ettogrammi (4-5) in più di quelli di controllo.

Queste prime esperienze iniziate con sostanze vegetali ripetute varie volte si sono dimostrate per il loro comportamento dal punto di vista del risultato sempre costanti.

Ciò fa supporre che il fenomeno immunitario svoltosi con questa procedura possa realmente, per le sue risultanze, determinare un aumento del potere assimilatore col mezzo di una iperproduzione di questi aggruppamenti protoplasmatici destinati a fissare la molecola alimentare.

TREVISANELLO (R. Clinica medica di Genova). *Ricerche batteriologiche sull'herpes della polmonite.* — L'A. espone alcuni suoi studi e ricerche personali sul contenuto batteriologico delle efflorescenze di erpete labiale nella polmonite. Riprendendo studî già iniziati e in parte completati con Panichi, egli ha studiato altri casi clinici che potè avere in osservazione nella sua Sezione in Clinica medica e nelle Sezioni ospedaliere (Pammatone) e ha potuto convincersi della relativa frequenza con cui è dato, qualora il prelievo sia fatto con ogni cautela, trovare il diplococco in coltura pura nel secreto siero-purudento delle efflorescenze-vescicole di erpete pneumonico.

TREVISANELLO. *Eritema polimorfo e stafilococcemia.* — L'A. descrive un interessante caso clinico avuto in Sezione clinica che andò a completa guarigione, di stafilococcemia in eritema polimorfo.

Era una giovane donna reduce dall'America, improvvisamente ammalatasi con forte febbre e comparsa di una eruzione multiforme papulo-nodulo-contusiva che fu diagnosticata dal clinico di dermosifilopatia come un eritema polimorfo.

Qualche artralgia lieve completava il quadro morboso. L'esame accurato dell'ammalata in tutti i suoi organi nulla dava di anormale.

L'emocultura due volte eseguita diede costantemente la presenza in cultura pura di uno stafilococco aureo che si rivelò poco virulento negli animali da esperimento (li faceva febbricitare ma non li uccideva).

MANFREDI L.

Pubblicheremo prossimamente:

BRECCIA, *Sul pneumotorace artificiale.*

DI MARZIO, *Sulla tecnica della cherato-sclero-iridectomia.*

FISICHELLA. *La cura dell'ulcera cronica vulvare.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Vagotropismo infettivo da influenza con sindrome di Stokes-Adams acuta.

Ne ha compiuto uno studio il dott. Enrico Paganelli nella Clinica Medica di Camerino, diretta dal professor A. Ferrannini (*La Clinica Medica Italiana*, 1914).

Prima delle sue osservazioni, non era stato pubblicato che durante la infezione da influenza potesse presentarsi, in modo acuto, la nota sindrome di Stokes-Adams. Col sussidio di ricerche grafiche, l'A. ha provato, in quattro infermi, che la bradicardia ed i fenomeni neurocentrali, speciali alla sindrome di Stokes-Adams (attacchi sincopali o vertiginosi o epilettiformi, con vomito e bradicardia sino a 30 battiti), possono rappresentare, nella infezione da influenza, una complicanza o accidente acuto, verificabile come caratteristica peculiare di alcune epidemie della infezione, per affinità o tropismo delle tossine corrispondenti verso il vago cardiaco e le altre parti del sistema nervoso, impegnate nosograficamente nella sindrome di Stokes-Adams.

Tanto la bradicardia, quanto il resto della sindrome, possono considerarsi come sostenute da questo tropismo delle tossine, senza che ne risultino lesioni miocardiche o lesioni dei centri nervosi, sempre che la sindrome, svoltasi acutamente nella infezione influenzale, presenti associati parecchi o tutti i caratteri seguenti, messi in evidenza da Paganelli nei quattro infermi: insorgenza brusca, spiccata instabilità della bradicardia, modificazione della medesima per azione della belladonna o dell'atropina, pressione arteriosa cardiosistolica piuttosto elevata in contrasto ad una coesistente, per quanto modica, ipotonia delle arterie (iperpressione di origine prevalentemente miocardica), guarigione piuttosto rapida.

Ogni accesso della sindrome negli infermi studiati, ha mostrato una durata variabile, da poche a parecchie ore, e si è ripetuto varie volte, in alcuni infermi, con intervalli di ore od anche di giorni. Il quadro morboso certamente impressiona l'animo del medico per la gravezza, con cui si presenta; eppure, nella epidemia da influenza, a cui si riferiscono le osservazioni di Paganelli, esso si è mostrato in quattro su quaranta casi di influenza, notati nel corso di due mesi, senza che in alcuno degli infermi il decorso della infezione come prognosi risultasse spiccatamente aggravato dalla sindrome acuta sopraggiunta e che rappresentava una modalità, con cui la infezione influenzale colpiva gli attaccati dalla speciale epidemia (genio epidemico degli antichi).

A. S.

Malaria e anchilostomiasi.

Quest'associazione sembra molto frequente; e se vi si aggiunge un'alimentazione povera, gli effetti ne risultano disastrosi.

Sull'importanza di essa nella genesi delle più gravi anemie, le quali possono giungere alla cachessia, ha richiamato l'attenzione il Pelham Bates in un recente studio clinico sulla malaria nella zona del Panama. Egli sostiene anzi che certi casi di *anemia progressiva postmalarica* descritti da Marchiafava e Bignami, si possono spiegare con simile associazione. Contrariamente agli autori italiani, egli crede che l'anemia sia allora (in organismi defedati dalla malaria e dalla mala nutrizione) precipitata verso la cachessia dalla presenza di anchilostomi, mentre non potrà essere chiamato in causa il presunto esaurimento degli organi ematopoietici, ipotesi a cui ricorrono Marchiafava e Bignami per spiegare la progressività delle condizioni patologiche quando la malaria sia spenta. Pelham Bates cita una serie di suoi casi, di cui il più tipico concerne un paziente la cui Hg era ridotta al 13 %, le emazie a 850 mila; liberato di 896 anchilostomi, dopo 6 mesi presentava 4,336,000 emazie e 55 % di emoglobina. Da questi dati emerge l'importanza pratica del problema e la necessità di debellare l'infezione anchilostomiaca eventuale nei malarici.

(Da uno studio di F. Rho, negli *Ann. di Med. Nav. e Col.*, febbr.-mar., 1914).

R. B.

TERAPIA.

Terapia dell'a- ed ipotiroidismo.

Osserva S. Maggiore, ne *La Pediatria* (novembre 1914), che una terapia ben condotta, e iniziata in tempo, può produrre effetti soddisfacenti anche in casi disperati.

Nei casi veramente gravi, nei quali è stata asportata la tiroide, il trattamento ideale sarebbe il trapianto di una tiroide nuova; ma questo mezzo non è finora riuscito allo scopo.

Il mezzo terapeutico di scelta, e veramente efficace, consiste nella somministrazione di sostanza tiroidea (opoterapia).

I primi tentativi furono fatti da Murray, il quale nel mixedema praticò con successo iniezioni di estratti carbolico-glicerici di tiroidi animali. Ulteriormente, sempre per via ipodermica, pure buoni risultati ebbero Kocher, Leichtenstein, Ewald ed altri.

È stato Fox il primo a consigliare la somministrazione di principî tiroidei per bocca.

Gli insuccessi, o meglio alcuni inconvenienti, che si ebbero in un primo tempo (intossicazioni con quadri clinici varî), furono in seguito evitati coll' uso di preparati forniti da speciali Case.

Secondo qualche autore pare che questi casi di intossicazione verificatisi sieno stati in dipendenza dell'uso di preparati putrefatti.

Tra i numerosi preparati tiroidei, che oggi si trovano in commercio, sono da preferirsi per intensità ed uniformità di azione le compresse di glandula tiroidea messe in commercio da alcune case (Wellcome, Parke Davis, Istit. Sier. Milanese, ecc.). Constano di glandula tiroidea di animali essiccata, ed ogni compressa contiene da 10 a 30 cgr. di tiroide.

Fra gli altri preparati va presa in considerazione la *tiroidina* essiccata di Merck, quella di Erba, e la *iodotirina* di Bayer (1 gr. contiene 3 mgr .di sostanza attiva e rispettivamente 0.30 mgr. di iodo, corrispondenti al contenuto iodico di glandola tiroide fresca di montone).

Kassowitz raccomanda l'*elisir di tiroide* (Allen Hambury, Londra) di cui un cucchiaino di caffè corrisponde a circa a 1/6 di glandola tiroide.

Nei bambini questi preparati vanno somministrati a piccole dosi. Si comincia di solito con 1/2 tavoletta e si sale progressivamente fino a 2-3 al giorno. Eccezionalmente si concedono dosi superiori. Dell'*elisir di tiroide* nei bambini del primo anno si può dare da 1/2 a un cucchiaino al giorno; mentre in quelli della seconda e terza infanzia si possono somministrare 2-3 cucchiaini.

La durata della cura è, specie nei bambini, piuttosto lunga (mesi, anni) a seconda della modificazione dei fenomeni di intolleranza, che rendono necessaria la limitazione o eventualmente la sospensione della cura. Segni precoci di tiroidismo sono: eccitazione, insonnia, tachicardia, a cui possono seguire albuminuria, poliuria, sudori, tremori transitorî, paresi più o meno estese, diminuzione di peso, più raramente gradi lievi di esoftalmo.

Ad evitare la comparsa di tali accidenti è stato consigliato l'uso contemporaneo di arsenico, a piccole dosi (Mabille, Ewald), di bicarbonato sodico, o di bismuto in caso di diarree (Hertoghe).

Vi è chi pensa che l'intolleranza si verifichi in soggetti i quali presentino fenomeni di deficienza per parte di altre ghiandole sanguigne, mentre manca nei casi veri di ipo- o atireosi.

Per quanto riguarda il meccanismo di azione dei preparati tiroidei, pare che essi agiscano essenzialmente sui processi del ricambio (scissione dell'albumina, diuresi, ecc.), e che la loro azione sia parallela al loro contenuto in iodio (Ionio).

Quest'ultima parte però resta a dimostrarsi.

Dal punto di vista delle modificazioni apportate all'organismo malato, va in prima linea considerato l'accrescimento che si verifica in modo rapido.

Colla radiografia si può seguire la comparsa e lo sviluppo del nucleo di ossificazione e rispettivamente la rapida ossificazione degli attacchi epifisarii, la rapida chiusura della fontanella.

Hertoghe riferisce che nei bambini mixedematosi, trattati con tiroidina, si può avere un aumento di statura così sensibile da condurre a delle cifosi o cifoscoliosi.

Al pari dell'ossificazione si presenta un acceleramento improvviso della dentizione, in caso che questa sia ritardata. (Nella letteratura al proposito sono riferiti varî esempi). Le ernie ombelicali, anche rilevanti, si attenuano o perfino scompariscono. I genitali si sviluppano; i capelli si fanno più folti e meno aridi; lo spessore della cute e del cellulare sottocutaneo diminuisce; si modifica la temperatura periferica; migliora la sordità; spariscono i disturbi motorii; ma più che altro viene influenzata la psiche.

La farmacologia dell'estratto pituitario.

A. Frölich in un articolo pubblicato nella *Wiener klinische Wochenschrift* (1914, maggio) espone le moderne conoscenze sull'azione biologica e farmacologica dell'estratto ipofisario. Il principio attivo è estratto dalla porzione infundibulare dell'ipofisi; l'estratto della porzione anteriore o glandulare pare non abbia alcuna azione specifica. L'estratto attivo non ha i caratteri dell'albumina, esso può considerarsi una mescolanza di basi (amina, istamina, tiramina).

La iniezione intravenosa dell'estratto pituitario o ipofisario produce un caratteristico aumento della pressione del sangue.

A differenza di quanto produce l'adrenalina questa azione non è rapida, ma lenta e gradua-

le, è meno intensa, ma una volta raggiunto il massimo l'aumento della pressione è più persistente e non decresce che lentamente. D'altra parte mentre l'adrenalina non dà l'abitudine ed i suoi effetti possono riprodursi con iniezioni fatte a breve distanza di tempo, l'ipofisina produce una completa azione fisiologica solo dopo la prima iniezione; una seconda iniezione è seguìta da un effetto più debole, una terza da un effetto più debole ancora, ed una quarta può riuscire addirittura inefficace. Un tal fatto riesce inesplicabile quando si consideri che su certi organi, come l'utero, sperimentalmente isolati, l'ipofisina dà alle successive applicazioni sempre i medesimi effetti.

L'azione dell'ipofisina più che negli individui sani è specialmente marcata in quei soggetti nei quali per una qualsiasi ragione la pressione del sangue è più bassa della normale. L'aumento della pressione è principalmente determinata dalla contrazione delle medie e piccole arterie, specie di quelle dell'addome.

L'ipofisina agisce direttamente sui vasi periferici e non sul sistema nervoso centrale.

Gli effetti sul cuore dell'iniezione di ipofisina dipendono dalle condizioni del vago. Se il vago è integro, la pressione del sangue aumenta dopo una rapida caduta iniziale, e quando l'azione è giunta al colmo i battiti cardiaci diventano più rari e più forti. Quando l'azione del vago è paralizzata a mezzo dell'atropina, evidentemente gli effetti dell'ipofisina non possono essere in rapporto che ad una eccitazione dell'apparato periferico inibitore del cuore.

Se l'ipofisina e l'adrenalina sono iniettate simultaneamente, gli effetti sulla circolazione sono più marcati che se le due sostanze fossero somministrate separatamente. Ciò è chiaramente dimostrato dal seguente esperimento: se si inietta dell'ergotossina che, come è noto, produce una paralisi delle terminazioni delle fibre simpatiche vaso-costrittrici, la successiva iniezione di adrenalina non determina un aumento ma una diminuzione della pressione del sangue; ma se insieme si inietta dell'ipofisina, l'azione dell'ergotossina è paralizzata, l'adrenalina può produrre la sua azione, e l'aumento della pressione può raggiungere anche un livello più alto dell'usuale.

L'ipofisina pare produca anche uno spasmo dei muscoli dei bronchi ed una tipica asma bronchiale, che è dovuta all'eccitazione delle terminazione delle fibre parasimpatiche del vago e può essere neutralizzata da una forte dose di atropina, ma non dalla sezione del tronco del vago.

Sull'utero e sulla vescica l'ipofisina ha una potente azione. Le fibre muscolari lisce si raccorciano e l'utero si contrae specialmente durante la gestazione e l'allattamento. Per di più la fibra musculare dell'utero diventa abnormemente sensibile all'eccitazione elettrica del tronco simpatico che innerva l'organo: gli stessi effetti si hanno sulla vescica urinaria.

È stato dimostrato che l'azione dell'ipofisina sull'utero delle cavie è perfettamente antagonista a quella dell'adrenalina: l'utero isolato si contrae vigorosamente sotto l'azione anche di piccole tracce d'ipofisina, ma si rilascia immediatamente sotto l'azione dell'adrenalina. La contrazione uterina prodotta dall'ipofisina può essere neutralizzata anche dall'atropina. E poichè questa sostanza fa cessare anche lo spasmo dei muscoli bronchiali provocato dall'ipofisina i due principii possono essere considerati antagonisti, così come l'atropina e la pilocarpina. Perciò nei casi nei quali l'ipofisina agisce tanto violentemente da produrre il tetano uterino mettendo in pericolo la vita del feto, giova ricorrere all'atropina.

Ott, Schäfer ed altri hanno dimostrato che il lobo posteriore dell'ipofisi contiene dei principii galactagoghi specialmente nelle cagne e nelle gatte.

DR.

Profilassi delle malattie infettive.

Per la vaccinazione antitifica dell' esercito e della marina.

Nelle tornate plenarie, testè ultimate, del Consiglio superiore di sanità (vedi fasc. 1°, pag. 35) venne presa fra le altre la seguente deliberazione.

Su domanda del Ministero della marina e su relazione della Commissione tecnica composta dei proff. A. Di Vestea, A. Maggiora, on. N. Badaloni e generali L. Ferrero di Cavallerleone e B. Calcagno, ispettori-capi di sanità militare e marittima, fu approvato all'unanimità un voto caldamente appoggiato pure dal consigliere sen. Golgi, perchè sia praticata come *misura generale ed urgente* la vaccinazione antitifica in quelle truppe di terra e di mare che son mandate di servizio nelle colonie, od in genere in luoghi ove la malattia minaccia diffusione, o comunque dove per ragioni speciali non è possibile applicare quelle misure di difesa personale che in condizioni normali valgono a dare sufficiente protezione contro il tifo addominale o febbre tifoide, tanto esiziale per la salute delle truppe e per l'efficienza degli eserciti e delle armate in campagna, nelle colonie, ecc.

In tale voto fu pure consigliato di eseguire le dette vaccinazioni prima del tempo in cui i mi-

litari si trovino esposti a grandi fatiche od a particolari disagi, come marcie forzate, vita nelle trincee ecc. e fu altresì raccomandato che l'esecuzione delle vaccinazioni sia affidata di preferenza a quelli fra i medici militari dell'Esercito e della Marina che abbiano fatto studi speciali pratici di batteriologia o d'igiene.

L'ordine del giorno votato dal Consiglio superiore di sanità rammenta che la vaccinazione antitifica si è mostrata in pratica come il mezzo più efficace di difesa preventiva specifica per le truppe che si trovino nelle condizioni sopraindicate; che detta vaccinazione è praticata all'atto dell'arrivo delle reclute ai Corpi in parecchi fra i più poderosi e meglio organizzati eserciti e marine da guerra stranieri; e che anche presso di noi nelle applicazioni che, per quanto limitate, ne vennero fatte, per iniziativa degli ispettori-capi di sanità militare e marittima, fra le truppe di terra e di mare, in occasione della campagna libica, si ebbero risultati molto incoraggianti.

Nella presente guerra gli eserciti germanici, dell'Ovest e dell'Est, col sussidio di tale vaccinazione, si mantengono quasi affatto immuni dal tifo addominale, mentre la malattia immobilizza un grande numero di soldati e di graduati nell'esercito austriaco non vaccinato; l'esercito francese di prima linea ben vaccinato contro il tifo ne risulta pur esso quasi immune, mentre si hanno numerosi casi della pericolosa infezione fra le truppe di riserva non vaccinate, onde ora s'è riconosciuta la necessità di procedere e già si sta procedendo alla vaccinazione su larga scala anche dei riservisti.

***

A proposito del voto col quale il Consiglio superiore di sanità del Regno ha invitato i Ministri della guerra e della marina a provvedere alla vaccinazione antitifica dei militari dell'esercito e dell'armata, il prof. Filippo Rho, maggior generale medico nella regia marina, ha pubblicato una interessante lettera nel «*Corriere della Sera*» per rivendicare giustamente alle autorità sanitarie militari il merito di aver propugnato la *adozione* e l'*obbligatorietà* di quella misura profilattica.

Il Rho riferisce che, in seno allo stesso Consiglio superiore, l'ispettorato capo di sanità militare marittima, tenente generale Calcagno, sostenne la tesi della obbligatorietà della vaccinazione antitifica; e aggiunge che, avuto il parere favorevole dell'autorevole consesso, il Calcagno proponeva subito al ministro Viale di evitare ogni ulteriore pericolosa dilazione con un decreto-legge; onde è probabile che così sia per essere risolta la questione, ad imitazione di quanto hanno già fatto per i loro militari i nord-americani, i francesi, i giapponesi, i romeni e da ultimo i tedeschi.

Ricorda inoltre che all'adozione delle vaccinazioni antitifiche diedero il loro autorevole appoggio il compianto prof. Celli e l'illustre prof. Lustig con lettere dirette rispettivamente ai ministri Leonardi-Cattolica e Millo.

Questa importante e sicuramente efficace misura di profilassi specifica contro la febbre tifoide è penetrata negli eserciti e nelle marine di tutti i paesi civili, non già come una pratica secondaria, rimessa al buon volere dei singoli individui, ma come un metodo fondamentale ed obbligatorio di prevenzione del tifo nelle grandi masse di uomini esposti al contagio reciproco quali sono gli eserciti di terra e di mare, combattenti o no.

La vaccinazione antitifica, innocua affatto, è da tempo obbligatoria in Germania ed in parte in Inghilterra: da poco lo è divenuta per legge nell'esercito francese; e la Rumenia ha di recente pure vaccinato tutte le sue truppe, oltre mezzo milione di uomini, in poche settimane, contro il tifo e contro il colera. La stessa misura è ormai obbligatoria nel Giappone e negli Stati Uniti.

Anche l'Italia, se vuole evitare dolorose sorprese e guai non piccoli nel caso di mobilitazione, dovrebbe dunque affrettarsi a praticare le dette vaccinazioni in massa nelle sue truppe; tenendo presente che questo provvedimento, pure semplice in sè, non può attuarsi in pochi giorni su gran numero di uomini perchè richiede preparazione di materiale e controllo accurato dei risultati.

***

Sempre in relazione alla vaccinazione antitifica, il sen. Alessandro Lustig ha presentato all'Ufficio di presidenza del Senato la seguente interpellanza: «Il sottoscritto muove interpellanza agli onorevoli ministri della guerra e della marina per conoscere le loro intenzioni riguardo all'applicazione all'esercito e all'armata, nel momento attuale, di quei mezzi che si dimostrano sicuramente efficaci a prevenire, in modo specifico, l'infezione tifica anche presso le altre nazioni; e la cui urgente adozione fu in questi giorni consigliata dal Consiglio superiore di sanità del Regno con unanime parere».

Inoculazioni coi vaccini misti da batteri di origine enterica e colerica.

Lettera alla redazione del «British Medical Journal».

Il Leishmann, il prof. Dreyer, il dott. Ainley Walker e altri hanno fatto rilevare, nel *British medical Journal* la importanza delle inoculazioni

antitifiche. All'uopo sono completamente d'accordo con tali autorevoli osservatori, e proporrei che un vaccino misto di tifico + paratifico A + paratifico B venga usato in luogo del semplice vaccino antitifico, giacchè i paratifici A e B non sono affatto rari in quelle parti del continente europeo dove le operazioni di guerra hanno oggidì il loro svolgimento.

L'obbiezione sollevata contro l'uso del vaccino misto è che probabilmente il suo potere immunizzante contro la vera tifoide sia minore di quello del semplice vaccino antitifico, e che essendo le infezioni paratifiche A e B di minore gravità della genuina tifoide non convenga correre questo rischio. Oso dire che una tale credenza è erronea. Gli esperimenti ch'io ho fatti coi vaccini misti sugli animali nel 1912, e sull'uomo sin dal 1905, hanno dimostrato, come posso affermare, che le inoculazioni colle tre differenti specie di batterî producono agglutinine e corpi immunizzanti contro tutti e tre, e che il quantitativo di agglutinine e di anticorpi per ciascun germe è effettivamente lo stesso che per una specie soltanto inoculata negli animali di controllo (1). Giova aggiungere che il vaccino misto di b. tifico + paratifico A + paratifico B è stato adoperato sull'uomo, continuamente a Ceylan, dal 1905, con buonissimi risultati, e che una tale vaccinazione combinata è stata di recente introdotta nella Marina giapponese da Kabeshima con grande successo (*Centralbl. f. Bakt.*, giugno 1914).

Le particolarità della preparazione del vaccino misto tifico + paratifico A + paratifico B possono riscontrarsi in un mio articolo pubblicato nel *British medical Journal* (dic. 1913). Detto vaccino viene preparato in larga copia dall'Istituto per la produzione di sieri di Berna (Svizzera).

Se il colera anche facesse la sua apparizione, come non è niente improbabile, io consiglierei caldamente l'uso del vaccino misto « colerico + tifico + paratifico A + partaifico B », che ho adoperato a Ceylan estesamente con soddisfacenti risultanze.

Questo vaccino consiste in una emulsione fenicata dei bacilli tifici, paratifici A, paratifici B e di vibrioni colerici. È preparato nel modo seguente: si usano culture di 24 ore su agar — la patina culturale di b. tifico ottenuta su agar viene trattata con una soluzione salina al titolo di 0.35 per cento, contenente 0.5 per cento di acido fenico, vien posta nel termostato a 80 gradi per 24 ore, quindi è sottoposta alla prova della sterilizzazione, e infine dosata in modo che un centimetro cubico di questo vaccino antitifico fenicato contenga approssimativamente 2000 milioni di bacilli tifici. Il medesimo procedimento si esegue col bacillo paratifico A e paratifico B, ma questi due vaccini sono dosati in guisa da contenere 1000 milioni di germi per ogni centimetro cubico. La stessa tecnica usasi a preparare il vaccino anticolerico, ma questo vaccino è misurato in modo da contenere 4000 milioni per ogni cent. subico. Dopo aver preparati e dosati questi quattro differenti vaccini e fattone il saggio della sterilizzazione, si mescolano insieme in parti eguali. Il vaccino misto conterrà, perciò, per ogni centrimentro cubico:

Bacilli tifici	n.	500,000
» paratifici A . . .	»	250,000
» paratifici B . . .	»	250,000
Vibrioni colerigeni	»	1,000,000

Quindi questo vaccino misto è una semplice emulsione fenicata dei vari germi, e non occorre usare il calore come germicida, essendo sufficiente la presenza di 0.5 di acido fenico per cento per uccidere i batterî. Circa 0.6 cmc. vengono inoculati sottocutaneamente nel braccio la prima volta, raddoppiando la dose nella seconda volta, dopo trascorsa una settimana. È utile, tutte le volte che sarà possibile, fare una terza inoculazione, usando la medesima dose della seconda, due settimane dopo della prima. La reazione non è molto viva, e le persone inoculate sono atte, ordinariamente, al lavoro 24 o 36 ore dopo l'inoculazione.

L'uso di questo e di altri vaccini misti è stato di grandissimo vantaggio a Ceylan, e riesce in tal guisa possibile di conferire un certo grado di contemporanea immunità contro parecchie differenti malattie. Inoltre, secondo la mia esperienza, pochissimi tollererebbero il disagio di sottoporsi a ripetute iniezioni, che richiederebbero un periodo di alcune settimane, per essere inoculate contro tre o quattro differenti malattie.

Colombo (Ceylan), 30 settembre 1914.

ALDO CASTELLANI.

(1) Nei conigli non si ottengono buoni risultati con l'usare più di tre specie di batterî, ma nell'uomo gli effetti possono essere soddisfacenti coll'inoculare quattro e anche cinque specie.

Il fascicolo di gennaio 1915 della nostra Sezione Medica contiene i seguenti lavori:

POSTA DEGLI ABBONATI.

(588) *Sull'efficacia della vaccinazione antirabbica.* — Gradirei conoscere l'opinione di codesta Redazione sulla fiera requisitoria del Ruata contro gli Istituti antirabbici.

Nell'ipotesi che l'articolo vi sia sfuggito credo bene di accluderlo.

Ringraziando.

Adi Ugri, 5 novembre 1914.

Dottor Gaggia.

Per il prof. Ruata la cura antirabbica è inutile e dannosa.

Inutile perchè dei morsicati da cani idrofobi solo l'1 %, o anche meno, ammalerebbe di rabbia. Tale percentuale è certamente inferiore al vero e dovrebbe almeno, per le concordi osservazioni degli studiosi, essere portata al 5-10 %, e a cifre notevolmente superiori quando si tratti di morsicature al capo o in ispeciali condizioni di esaltata virulenza dell'agente specifico.

La trasmissione della rabbia da animale a uomo e da animale a animale, mediante il morso, non è un fatto tanto eccezionale, come mostra di credere il Ruata; Pasteur, per esempio, ebbe il 45 % di esiti positivi facendo morsicare dei cani nuovi da cani idrofobi e il Frisch il 66 %.

La media di mortalità osservatasi negli Istituti antirabbici oscilla intorno al 0.7 %, ma di questa cifra confortante non si vuole tenere conto perchè troppa gente morsicata da cani non idrofobi viene sottoposta al trattamento pasteuriano.

Più probabive sono le statistiche che riportano la mortalità nei sottoposti alla cura antirabbica, sicuramente morsicati da cani idrofobi.

Nella stazione antirabbica di Roma, dal 1889 al 1904, tenendo conto solo dei morsicati da cani idrofobi, si ebbe una mortalità per rabbia del 0.79 % (del 0.40 tenendo conto solo della mortalità verificatasi dopo 35 giorni di cura).

Se la cura antirabbica quindi non è sempre efficace — e può fallire per morsicature al capo, per ritardo nella cura, per speciale recettività dell'organismo, per esaltata virulenza dell'agente infettivo — è però utile in buona parte dei casi, riducendo di circa dieci volte la mortalità per rabbia.

Non si comprenderebbe perchè il trattamento antirabbico che si è dimostrato sperimentalmente così efficace, tanto da salvare il 100 % in serie di esperienze condotte su animali così sensibili come i muridi e che davano il 100 % di mortalità nei controlli, dovrebbe fallire proprio sull'uomo che è fra gli animali meno recettivi alla rabbia.

Ma per il prof. Ruata la cura antirabbica sarebbe anche dannosa, nel senso che per sè stessa provocherebbe lo scoppio della rabbia in individui trattati, morsicati da cani non idrofobi, tanto è vero che mentre prima della fondazione degli Istituti antirabbici, i morti per rabbia in Italia erano 30-40 l'anno, dal 1887 in poi si sono raddoppiati, triplicati.

Come troppo facilmente avviene, la statistica si presta a tali affermazioni, fondate però sopra un deplorevole equivoco, sul quale il prof. Ruata fa le sue speculazioni. Occorre ricordare che la Statistica delle cause di morte per tutti i Comuni del regno fu iniziata in Italia nel 1887, proprio nell'anno che il Ruata mette a capo delle sua impressionante statistica fatta a base di cifre precise, mentre per gli anni precedenti si accontenta di un approssimativo assai vago secondo il quale i morti per rabbia sarebbero stati tre o quattro volte meno. E siccome appunto nel 1887 cominciano a funzionare i primi Istituti antirabbici in Italia, così egli ne trae la conclusione che i 100 e più capi di morti di rabbia del 1887-88-89, di fronte ai 22-36 capi del periodo 1881-1886, sono dirette conseguenze delle cure Pasteuriane.

L'equivoco è grossolano, in quanto non vi è cultore di igiene che non sappia che la statistica delle cause di morte iniziata in Italia nel 1881 fu sino al 1886 limitata solo ai 240 comuni capoluoghi di Provincia, Circondario o Distretto, i quali complessivamente comprendono circa un quarto della popolazione del Regno.

Nessuna meraviglia quindi se, quando fu estesa la statistica delle cause di morte a tutti i comuni, si sono trovati circa quadruplicati i morti per rabbia. Ma è a notare che i morti per rabbia, allora che non esistevano Istituti antirabbici nei grandi centri a richiamare in essi quasi tutti i morsicati, dovevano presumibilmente essere in maggior numero nei Comuni di campagna dove più frequenti sono i casi di rabbia nei cani, per cui quasi di sicuro le cifre di mortalità antecedenti all'87 vanno più che quadruplicate.

Vale a dire che nel 1887, quando cominciano a funzionare i primi tre Istituti antirabbici, i cento e più casi di morti per rabbia, rappresentano certamente una forte diminuzione ed i 50 casi della statistica del 1890 sarebbero la più bella prova della efficacia della cura pasteuriana che in quell'anno veniva praticata in più numerosi istituti antirabbici.

Le cifre più elevate di mortalità per rabbia nel periodo 1887-1912, per i quali abbiamo dati statistici sicuri, si osservano appunto nei pri-

mi anni 1887, 1888, 1889, rispettivamente con 103, 106, 118 morti. Queste cifre dànno buon giuoco al Ruata, il quale sembra lasciare credere ai suoi lettori che nel 1887 funzionassero già in Italia i nove Istituti antirabbici oggi esistenti, mentre nel 1887 da pochi mesi si erano aperti gli Istituti antirabbici di Napoli e di Torino e cominciava solo allora a funzionare quello di Palermo.

Con uguale spirito di critica, e forse con maggior ragione, si potrebbe invece affermare che la diminuzione di mortalità verificatasi negli anni successivi al 1899 è in rapporto con il consecutivo diffondersi della cura antirabbica dovuto al funzionamento di nuovi Istituti. Ma tali cifre di mortalità non hanno alcun valore se non si mettono in rapporto col numero di persone morsicate, variabilissimo di anno in anno, e col numero dei curati agli Istituti. In questi si è sempre osservata una mortalità minima, così che l'affermazione fatta dal Ruata è destituita di ogni fondamento di verità.

Non vogliamo però escludere teoricamente, la possibilità di eccezionali casi di rabbia paralitica in stretta relazione con la cura praticata, dovuti a imperfetto stato di immunità o a esagerata virulenza del virus fisso, tanto più che anche esperimentalmente il Fermi ha potuto dimostrare l'attività dei midolli di uno e di due giorni in animali sottoposti a trattamento curativo, specialmente quando questo era contenuto in limiti di tempo troppo ristretti. Ma si tratta di casi eccezionali; anzi, dei rarissimi descritti, nessuno è provato con sicuri dati di fatto, nemmeno quello che porta il Ruata a conferma della sua tesi, e trattandosi di affermazione così grave è necessario che la prova dei fatti sia raggiunta senza tema di smentita.

L'innocuità della cura è dimostrata dalle molte migliaia, dalle troppe migliaia di persone che si sottopongono alla cura pasteuriana senza risentirne alcun danno; inoltre è noto che Ferran e Wissokowikz inocularono parecchie migliaia di persone con virus fisso non attenuato senza alcun inconveniente, che il vaccino di Högyes, così largamente adoperato, non è che virus fisso non attenuato, che Nitsch si inoculò impunemente 5 mm. di midollo fresco (virus fisso).

Ora su casi di eccezione, su statistiche fallaci, su erronee deduzioni non è lecito muovere guerra, con gravissime accuse, contro la cura antirabbica.

I varî inconvenienti che questa presenta e anche l'ipotetico pericolo di potere per sè stessa divenire causa d'infezione, si possono facilmente ovviare con la diffusione sempre maggiore del metodo di Fermi.

In una cosa il prof. Ruata merita di essere seguìto con lo stesso entusiasmo che egli pone a propugnarla e cioè nella propaganda per la diffusione sempre più intensa dei mezzi di profilassi diretta, i quali, se messi in opera nella loro interezza, sono certamente destinati ad ottenere più brillanti risultati dei mezzi indiretti, quali i processi di vaccinazione, sempre accompagnati da una lunga teoria di inconvenienti che dànno facile giuoco ai moderni antivaccinisti.

g. s.

(589) *Cura della blefarite ciliare e della dacriocistite cronica.* — Compiacetevi indicarmi nella rubrica « Posta degli abbonati », la cura migliore della blefarite ciliare (volgarmente detta « tigna delle palpebre »). L'inferma fu da me curata proficuamente due anni or sono con causticazioni di nitrato d'Ag, mentre inutilmente prima aveva usato la pomata al precipitato.

La malattia però si è riprodotta ed attualmente pratico le causticazioni del bordo ciliare con nitrato; migliora molto, ma non sono sicuro della guarigione definitiva.

Compiacetevi pure indicarmi, se vi è, un sussidio terapeutico per evitare l'atto operativo nella dacriocistite cronica. La malattia finora, nei varî accessi, non ha subìto processo suppurativo.

Con sentiti ringraziamenti.

Calimera.

Dott. V. d. D.

I. Finchè la blefarite ciliare diede luogo a secrezione umida, Ella fece bene a usare il nitrato d'argento per pennellazioni (soluz. 1 %).

Ottenuta la riparazione dell'epitelio bisogna favorire la guarigione con sostanze grasse e queste sono pomata all'ossido giallo 1/2-1 % o glicerina alcoolica (glicerina, gr. 10; alcool, gr. 2: agitare); la sera, dopo i lavaggi caldi, ripetuti sul bordo delle ciglia, si umetta il bordo ciliare, con batuffolo di bambagia. imbevuta di questa soluzione adoperando un delicato massaggio. La malattia però è dell'apparato glandolare (sia del meibomio che delle ciglia) ed una cura generale è indispensabile: cura arsenicale, igiene dell'alimentazione, ecc. Talvolta la blefarite è mantenuta da un vizio di rifrazione cioè ipermetropia o astigmatismo: vizî che vanno corretti da intelligente oculista.

II. Il metodo operativo è indispensabile contro la dacriocistite cronica e l'operazione da

adottare è l'innesto dei canalicoli nella cavità nasale col metodo della Clinica oculistica di Roma.

Il sondaggio, il chiodellino a permanenza sono metodi ormai d'altri tempi.

Prof. SPEC.

(590) Le sarei gratissimo se volesse indicarmi nella « Posta degli abbonati » il nome dell'autore di un atlante per le fratture, lussazioni e bendaggi.

Mentre la ringrazio la saluto distintamente.

Torre Pellice (Torino).

Cav. dott. Carlo Trossarelli.

Le suggeriamo gli Atlanti del Lehmann. (Fratture e lussazioni di Helferich; Fasciature, apparecchi e medicazioni di Hoffa-Grashey; traduzioni edite dalla Società Editrice Libraria di Milano).

R. B.

(591) Pregola dirmi se è stata pubblicata in italiano la traduzione del « Compendio di ostetricia operatoria » del prof. dott. De Seigneux, di cui il « Policlinico » pubblicò nella Sezione pratica del 1911 lo splendido capitolo sulla versione.

Ossequi.

Terranova di Sibari (Cosenza).

Dott. Cassetti Gennaro.

Non è stato tradotto.

R. B.

(592) Abbia la compiacenza voler indicare, nel prossimo numero del giornale, quanto appresso:

Dove si possono trovare notizie, pubblicazioni, riguardanti le piastrine del sangue in condizioni normali e patologiche.

Con ringraziamenti.

Corropoli (Teramo).

Dott. Giuseppe Cantarelli.

Non possiamo esperire indagini di natura bibliografica, le quali importano molto dispendio di lavoro e di tempo. Provi a rivolgersi ad un Istituto internazionale di bibliografia (per es. a quello di Parigi, Boulevard Saint-Germain). Se le bastano indicazioni sommarie, consulti uno dei trattati d'ematologia da noi recensiti tra i « Cenni bibliografici ».

R. B.

(593) Dott. Vona Salvatore, S. Cosmo e Damiano (Caserta).

Rispondiamo privatamente.

VARIA.

I proventi dei medici in America.

Da un articolo della *North American Review* rilevasi che i medici nell'America del Nord, e specialmente a New York, possono percepire onorari strabilianti.

Gli onorari variano secondo l'importanza della città e la posizione sociale dell'infermo. Citiamo alcuni esempi interessanti a tal riguardo: un medico di New York ottenne dollari 1000 per la medicazione di un dito fratturato durante una partita di « polo ».

Nella stessa città un'operazione di appendicite fruttò la somma di 15,000 dollari al medico.

Un milionario pagò per una settimana di cure non meno di 20,000 dollari.

Ad un altro medico per aver accompagnato in un viaggio di mare, di una diecina di giorni, un malato affetto di tubercolosi, il quale morì allo arrivo in porto, fu corrisposto il cospicuo compenso di 60,000 dollari.

(dall'*Avvenire Sanitario*).

Popolazione universitaria.

Il Bollettino Ufficiale del Ministero della P. I. del 30 luglio c. a., contiene la statistica completa della popolazione universitaria nell'anno scolastico 1913-1914. Rilevasi da essa che gli inscritti per gli studi di Medicina furono 3504 (di cui 103 femmine); che i laureati in Medicina ascesero a 554. Si nota una diminuzione non lieve in confronto dei laureati dell'anno scolastico 1912-1913.

(dal *Medico Condotto*).

Gli avvelenamenti da funghi in Francia nel 1913.

La *Revue Scientifique* (aprile 1914) pubblica una statistica degli avvelenamenti verificatisi in Francia durante il 1913 per opera dei funghi; essa è stata compilata dal micologo Sartory. Il numero delle vittime sarebbe stato:

per *Amanita phalloides* di 50 con 20 morti
» » *mappa* » 8 » 3 »
» » *muscaria* » 9 » 0 »
» *Enoloma lividum* » 26 » 0 »

Pochi altri avvelenamenti si sono verificati a cagione di altre poche varietà di funghi (*Tricoloma fumosum, Russula emeticus e Mycespura*).

Guerra alle mosche in Francia.

La lotta iniziata in America ed in Inghilterra contro le mosche sembra essere in via di attuazione anche in Francia. Schmidt e Godast hanno proposto al Parlamento una legge, che commina penalità di lire 500 e tre giorni di carcere a coloro che espongono al pubblico alimenti senza protezione dalla polvere e dalle mosche.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

W. Falta. *Le malattie delle glandule sanguigne.* Milano, Società Editrice Libraria, 1914. L. 20.

Il capitolo delle glandule a secrezione interna, s'è ingigantito in questi ultimi anni, ma non sempre s'e arricchito di elementi utili e sicuri; chi voglia ai nostri giorni occuparsi delle malattie delle glandule sanguigne, deve possedere spirito di acuta e severa critica, per sbarazzare il campo della materia ingombrante, per discutere quanto ancora v'ha d'incerto, deve avere lunga esperienza perchè con piena luce siano illustrati le sindromi cliniche: il Falta, che da lungo tempo e con grande amore si occupa dell'argomento, nella parte generale, che è un accenno alle nozioni di fisiopatologia necessario per la comprensione dei capitoli successivi, mostra tutte le lacune e le incertezze della materia, è critico acuto che mette in guardia anche contro la suggestione di teorie brillanti, ma non sufficientemente dimostrate.

Nella parte clinica, in cui forse crescono le difficoltà dell'analisi e della sintesi, se pur risente tutto il volume della persona dell'A., sono sormontati ostacoli e difficoltà con piena padronanza della materia: le malattie della tiroide e dele paratiroidi, del timo, dell'ipo- ed epifisi, delle surrenali, delle glandule sessuali hanno anch'esse un ampio svolgimento, e vengono illustrate da numerosi casi clinici completamente e da tutti i punti di vista studiati.

Un breve, troppo breve capitolo, è dedicato alle affezioni pluriglandolari, intese secondo le convinzioni dell'A., in altri capitoli sono svolti i disordini vegetativi che, secondo l'A., non dipendono direttamente dalle malattie delle glandule sanguigne (infantilismo, nanismo, ecc.), i rapporti delle malattie dell'apparato insulare del pancreas col diabete melito, le varie forme dell'adiposi dolorosa (pancreatogena, tireogena, la distrofia adiposo-genitale, l'adiposi epifisaria).

Il libro non è nè facile a leggersi, nè può essere un trattato completo; è però un libro degno di studio rigoroso per conoscere fatti e discussioni passati per il crivello di uno dei più profondi conoscitori della clinica endocrinologica.

Traduzione ed edizione accurate, e completate da ottime illustrazioni e larga bibliografia clinica.

:. *p.*

D. Cesa-Bianchi. *La sifilide del cuore e dei vasi.* (Studio clinico ed anatomo-patologico). Milano, Ulrico Hoepli editore, 1914. Prezzo lire 12.

Il dott. D. Cesa-Bianchi degli Istituti clinici di Milano ha raccolto in un elegante volume, che ha visto la luce in questi giorni, coi tipi dell'editore Hoepli, non solo quanto egli è venuto pubblicando da qualche anno sulla sifilide dell'apparato cardio-vascolare, ma ancora tutto quanto di nuovo e di interessante è stato di recente prodotto su questo importante argomento.

Ne è risultata una monografia che si può ben dire completa, poichè in essa sono ampiamente trattate le questioni che si riferiscono alla sifilide dell'apparato cardio-vascolare, non soltanto dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico, ma ancora da quello della patogenesi e dell'etiologia generale.

E poichè era veramente sentito il bisogno di una pubblicazione che riunisse in forma chiara e precisa, come è riuscito al Cesa-Bianchi, tutte le nuove conoscenze sulla sifilide del cuore e dei vasi, sopra un capitolo di patologia, cioè, che si è completamente rinnovato in questi ultimi anni e che è andato assumendo un'importanza impreveduta, non v'è dubbio che questa nuova pubblicazione, la quale viene a colmare una lacuna della nostra letteratura scientifica, verrà accolta con il meritato favore dagli studiosi.

Merita particolare rilievo il fatto che il Cesa-Bianchi, dando un'impronta originale alla trattazione dell'argomento, si è specialmente preoccupato di mettere in evidenza i rapporti che legano assai spesso le lesioni sifilitiche dei vasi e sopratutto dell'aorta con quelle del cuore, dimostrando con numerose osservazioni e con interessanti ricerche personali, come queste sieno assai più frequenti di quanto comunemente non si creda.

Pure di notevole interesse sono i vari capitoli della pubblicazione dedicati allo studio dell'apparato cardio-vascolare degli eredo-sifilitici, alle cause generali della maggior frequenza delle lesioni arteriose, alla loro riproduzione sperimentale, ai criteri diagnostici generali, clinici ed anatomici, della sifilide cardio-vascolare.

Nè ultimo pregio del bel volume, sono le 45 figure che raccolte in XII eleganti tavole in nero ed a colori, illustrano con singolare precisione i principali tipi di lesioni sifilitiche del cuore e dei vasi, tanto nei loro stadî ultimi, quanto durante la loro complessa evoluzione.

A. V.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medici militari effettivi e richiamati.

Caro « Policlinico »,

Leggo un po' in ritardo nel fascicolo 49 la lettera aperta al Ministero della guerra dei medici richiamati delle classi 1878-79.

Qualsiasi collega non può che approvare le loro giuste esigenze e il loro reclamo, ma un medico militare in servizio effettivo deve anche far osservare ai colleghi richiamati che, se si trovano ora in tali condizioni, è un po' — se non molto! — loro colpa.

Infatti, chi — se non i colleghi borghesi! — è la causa prima se ai medici militari non vengono riconosciuti i loro sacrosanti diritti, i loro desideri pei quali da molto empo si agitano?

Da queste pagine, da questo giornale che lotta pel nostro buon diritto, si alzò ancora la nostra voce invocando dai colleghi borghesi quella solidarietà che non si nega ad alcuno, invocando che nessuno volontariamente si prestasse a sostituire l'opera nostra, per il solo compenso....

Ma, tutto fu invano; perchè, specialmente ora, i colleghi medici-condotti nei paesi, hanno profumatamente pagata l'opera loro per gli innumerevoli distaccamenti; perchè molti, personalmente, si offrono alle Direzioni di sanità, ai direttori d'Ospedali militari, mentre noi siamo divenuti, come ben si disse, commessi viaggiatori, girovaghi per l'Italia e per le sue colonie. E non vi è di bisogno che il Ministero invochi a sua discolpa, le attuali, eccezionali circostanze. — Era lo stesso anche prima! come possono attestarlo articoli comparsi sul « Policlinico » ai primi dello scorso anno.

Che fu fatto per noi — per noi che ufficialmente non possiamo proclamare diffide, boicottaggi di concorsi ministeriali — dai diversi Ordini di medici, ai quali numerosi apparteniamo? Nulla! — Molti colleghi, invece, — ed è doloroso il dirlo! — ci trattano da ignoranti, oziosi, e senza volontà di lavorare — ridono alla nostra malaugurata sorte, e si fanno un vanto di poter servire in tali circostanze il Governo, ben pagati e senza noie di sorta.

Che si ottenne per noi dal Comitato medico parlamentare, in seguito anche alle promesse fatte due anni fa dall'ex Ministro Spingardi in Senato all'on. Santini? Che cosa di serio si propose per noi nell'ultimo Congresso Nazionale tenutosi a Bologna? Un semplice cenno a questi paria della famiglia medica! Ecco perchè in qualche cosa i colleghi richiamati non dovrebbero lagnarsi troppo: — pur loro contribuirono da borghesi a questo anormale e insopportabile stato di cose!

Avrebbe già migliorato a quest'ora le sorti nostre tristissime il Governo, se non avesse trovato e trovasse i compiacenti colleghi, che alla condotta o alla clientela cittadina, vogliono unire i proventi militari. Avrebbe già migliorato se non avesse trovato o trovasse coloro che, stanchi della vita di campagna o a spasso di qualche poco propizia condotta, o in vacanza da cliniche ed ospedali, si offrono essi stessi per nove, o dieci lire al giorno! E costoro non pensano intanto al loro collega militare retribuito con uno stipendio da fame — messo in tutto alla pari con un ufficiale, che ora può avere la sola licenza elementare o tecnica, ossequiente e sull' « attenti » ad un capitano dell'arma combattente più giovane di lui, tenente. Al loro collega che in poche ore è allontanato dal posto che occupava per girare diversi Presidî, per essere telegraficamente, dalla sera alla mattina, sbalestrato in colonia, lasciando in poche ore ogni suo interesse morale e materiale?

E le Colonie, la Libia specialmente! per noi è una calamità. Che conta, se un povero tenente medico ha fatto in essa la campagna, vi è stato due anni sempre al seguito delle truppe combattenti? Rimpatriato dopo molta fatica, non trascorre un anno che vi è telegraficamente rimandato.

Ma, come considera il Ministero noi medici, uno straccio qualsiasi, o un oggetto di cui possa fare ad ogni momento quello che desidera?

Noi pure, fino a che una legge speciale — ciò che non potrà mai avvenire! — ce lo vieti, possiamo avere affetti di famiglia e interessi che ci richiamino in patria! — Paghi meglio, troverà più medici, e ognuno farà il suo turno! Ecco a che è ridotto ora il medico militare colla complicità dei colleghi borghesi!

Ecco la causa del continuo esaurimento del corpo sanitario militare che è così deplorevolmente abbandonato dal Governo!

Ora, diversi capitani sono posti fuori quadro e si faranno numerose promozioni da tenente; si continuano a bandire concorsi di 60 posti per tenente — furono già tre nel 1914! — Ha bisogno di subalterni il Ministero, ma in tre concorsi per poter fare l'infornata di capitani nel secondo non ha potuto giungere a 60 concorrenti; nel terzo, che scade ora in gennaio, sarà più fortunato?

Chi sarà quel disilluso della vita, colui che non sa fidare delle proprie forze e che non sente

in sè un po' di dignità personale e professionale, che concorrerà ad una così brillante carriera?

Fin troppo il Governo ci ha sfruttati e ci sfrutta, misconoscendo tutto il nostro lavoro, le nostre aspirazioni, i nostri sacrosanti diritti di miglioramento morale e materiale, e fra i suoi medici militari, col tempo, non potrà trovare che degli innamorati della divisa o degli impotenti a farsi colle proprie forze una posizione sociale più indipendente, e più decorosa professionalmente — e noi, perdurando questo stato di cose, oltre che al Governo, potremo portare la gratitudine nostra anche a tutti i nostri colleghi che così fraternamente ci assistono!...

Un tenente medico.

Per i medici belgi.

Il prof. Silvagni, Presidente della Federazione degli Ordini dei medici, ha indirizzato ai Presidenti degli Ordini dei medici la seguente lettera:

Egregio collega,

« La immensa sciagura, che ha percosso i medici belgi, non poteva non toccare profondamente la mente ed il cuore dei medici italiani, i quali, oltre che da vincoli di umana solidarietà e di classe, sono legati da sentimenti di viva riconoscenza per il magnifico contributo da essi prestato a sollievo degli orfani dei medici colpiti dal terremoto calabro-siculo.

« Perciò, questo Consiglio direttivo, nell'interpretare il voto emesso dal Congresso su proposta del dott. Angelo Filippetti, mentre deliberava di versare a nome della Federazione la somma di L. 1000, è sicuro che tutti gli Ordini d'Italia risponderanno, con slancio fraterno, al l'invito, che a loro rivolge, di aprire una sottoscrizione individuale a favore di quegli sventurati colleghi, e di fare un'offerta collettiva sul bilancio dell'Ordine.

« Sarà, poi, cura dei singoli Ordini di inviare la somma delle offerte ai consoli del Belgio più vicini, e di comunicare a questa presidenza il ricavato totale.

« Ho ferma fiducia che gli Ordini faranno a gara per attestare ai figli di quell'infelice ed eroica nazione che tutta la classe medica italiana ricorda, ama e spera ».

* * *

Un tale appello troverà certamente eco profonda nella classe sanitaria italiana, che saprà dimostrare quanto profonda sia la nostra simpatia per la sventura che ha colpito tanto immeritatamente la nobile nazione belga.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione Nazionale dei sanitari addetti alla Vigilanza igienica. — Il 12 dicembre u. s. s'è riunito in Roma, sotto la presidenza del prof. Tito Gualdi, il Consiglio direttivo della Federazione.

Udite le comunicazioni della Presidenza ed approvata all'unanimità l'azione da essa esplicata, a tutela degli interessi dei soci e per l'incremento dei servizi di Vigilanza igienica, il Consiglio s'è occupato di varie questioni di vitale importanza per la classe.

Coll'encomiabile istituzione dei corsi d'igiene scolastica, la Direzione generale di sanità, d'accordo col Ministero della P. I., ha ancora una volta affermato la necessità di una sapiente ed oculata vigilanza igienico-sanitaria nelle scuole. D'altra parte però, è pur giusto che la figura del « medico scolastico » venga giuridicamente riconosciuta, e sia debitamente considerato il diploma di frequenza di detti corsi di perfezionamento. In tal senso i medici del corso tenutosi recentemente in Roma, hanno emesso 2 voti che il Consiglio deliberò di acquisire e raccomandare all'on. direttore generale della Sanità, con le debite riserve per i diritti degli ufficiali sanitari.

La Federazione degli Ordini dei farmacisti, giustamente preoccupata dell'abusivo commercio dei medicinali, ha rivolto un caldo appello alla Federazione, interessandola a voler cercare di reprimere un tale pernicioso abuso col raccomandare agli ufficiali sanitari di esercitare un'attiva sorveglianza a senso dell'art. 52 testo unico leggi sanitarie 1907. Il Consiglio si dichiarò completamente solidale affidando alla Presidenza il mandato di sollecitare la collegiale cooperazione degli ufficiali sanitari.

Un'altra grave questione, di completa attualità, è quella del trattamento riserbato ai sanitari in caso di guerra: essi, a differenza degli altri impiegati, non conservano il diritto nè allo stipendio nè alla stabilità del posto. Il Ministero, per interessamento dell'on. Brunelli, presidente della A. N. M. C., diramò ai prefetti una circolare invitandoli a promuovere da parte delle Amministrazioni comunali, opportuni provvedimenti di giustizia. La maggioranza dei Comuni però non si degnò nemmeno di rispondere: su proposta del collega Cingolani il Consiglio approvò di far pratiche, perchè la Direzione generale di sanità intervenga nuovamente a favore di una causa così giusta, imponendo alle Amministrazioni di pronunciarsi con una categorica risoluzione, onde la classe possa almeno conoscere le loro intenzioni.

Il Consiglio infine stabilì di convocare in Roma l'assemblea generale nei giorni 20, 21, 22

del febbraio p. v., ed avendo dovuto costatare come, malgrado le confortanti promesse e l'assidua azione spiegata dalla Federazione, le risoluzioni adottate nell'ultimo Congresso Nazionale, del dicembre 1913, non siano state, dai pubblici poteri, prese nella dovuta considerazione, approvò all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio federale, già animato da speranze per autorevoli affidamenti di benevola e simpatica considerazione, constata con vivo rincrescimento e con meraviglia che i voti espressi e caldeggiati dalla Federazione, per interessi vitali ed urgenti dell'organizzazione sanitaria locale, sono stati quasi completamente trascurati dai poteri pubblici.

« Il Consiglio avrebbe atteso fiducioso se circostanze eccezionali avessero imposto il sacrificio di rinuncie; ma poichè nessuna ragione straordinaria ha ostacolato riforme urgenti, specialmente quelle che non importavano rilevanti oneri finanziari, ed anzi il Governo ha dovuto istituire anche nuovi organi sanitari centrali non strettamente necessarî, richiama su ciò l'attenzione delle Associazioni federate perchè intensifichino la loro azione; e, mentre provvede frattanto ad opportuni atti d'incitamento, si riserva di riferirne all'assemblea federale per averne norma e criterio di condotta di fronte alla nuova situazione formatasi ».

Risultato del concorso per un posto di assistente nel Laboratorio di Padova. — Il concorso a suo tempo suscitò una vivace polemica nella stampa politica e professionale.

La Federazione, a causa dell'inadeguato stipendio e di una condizione d'impiego enunciata nel bando in forma lesiva della dignità professionale, proclamò la « diffida » che fu regolarmente comunicata agli interessati.

Inossequenti a tali deliberazione i dottori Bonazzi Aristodemo di Bologna e Zuccari Gino di Padova adirono il concorso ed il Consiglio federale, dopo ampia e serena discussione, deplorando altamente la condotta dei due sanitarî, deliberò di applicare ad essi l'art. 21 del Regolamento, invitando i colleghi a lasciarli nel massimo isolamento possibile negando loro qualsiasi atto di solidarietà e colleganza.

Roma, via Veneto, 96.

Il segretario federale
Dott. G. PALOMBA.

Uno sciopero di medici a Napoli. — Leggiamo nel « Messaggero » la seguente corrispondenza da Napoli 12 genn.:

Uno sciopero di nuovo genere si è verificato all'ospedale degli Incurabili da parte di quei medici assistenti.

In virtù del regolamento interno dell'Amministrazione degli ospedali riuniti era stato indetto un concorso per medici chirurgi presso la Santa Casa degli Incurabili. Il concorso avrebbe dovuto essere già espletato, ma era stato ritardato anche per dare tempo ai vecchi assistenti.

In attesa gli ospedali riuniti avevano richiesto ai vecchi assistenti di voler prestare la loro opera presso gli ammalati per alri due mesi. Gli assistenti dichiararono che l'avrebbero fatto volentieri, purchè l'Amministrazione avesse voluto tenerli in servizio per almeno sei mesi.

Fu risposto che ciò non era possibile, perchè, appena espletato il concorso, si sarebbe dovuto dar posto ai vincitori di esso.

Per tutta risposta gli assistenti medici degli Incurabili abbandonarono in massa l'ospedale.

La direzione ha riparato, chiamando immediatamente in servizio tutti quei giovani medici che si erano presentati al concorso, e intanto ha fatto iniziare le prove d'esame per il concorso; così fra qualche giorno i vincitori potranno essere assunti in servizio.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4940) *Sdoppiamento di condotta - Stipendio.* — Il Dott. P. P. da B., titolare della 2ª condotta, chiede conoscere se sdoppiando il Comune la prima condotta in due ed attribuendo a ciascuno dei nuovi titolari lo stipendio di lire 5800, possa anche egli pretendere eguale trattamento. Desidera pure conoscere se egli possa passare a servire una delle due zone in cui sarà divisa la prima condotta o, quanto meno, esporsi al relativo concorso.

L'aumento dello stipendio, che sarà concesso ai futuri titolari delle due sezioni della prima condotta, non può essere egualmente accordato a posto coperto al titolare di una diversa condotta, quando speciali condizioni locali e di servizio non dimostrino giusto tale provvedimento anche per l'altro. Qualora Ella creda che il servizio che presta sia malamente compensato coll'attuale stipendio e possa provare che il servizio si è sempre più ingrandito con detrimento del personale interesse del sanitario, potrebbe chieder congruo aumento di assegno alla G. P. A. Circa il passaggio, da Lei desiderato, non vi sarebbe nulla in contrario. Occorre, però, prendere analoghi accordi con l'Amministrazione municipale, giacchè in tesi legale, non vi si avrebbe diritto. Al concorso che sarà bandito potrà ben prendere parte.

(4941) *Ordinazione di medicinali.* — Il Dott. abbonato 1150 chiede conoscere se contravvenga alla legge sulle farmacie quel medico che com-

missiona ad una Casa grossista delle specialità medicinali per conto di un suo cliente che gli affida un tale incarico.

Le specialità medicinali debbono essere vendute dai farmacisti a base di analoghe ricette del medico. Nell'atto proposto non vi sarebbe contravvenzione se la richiesta fosse fatta ad un farmacista; se, invece, è fatta ad una Casa di prodotti chimici la contravvenzione esiste, perchè simiglianti Case possono fornire medicinali o specialità ai farmacisti, ma non a privati sotto forma e dose di medicamento.

(4943) *Cassa di previdenza.* — Il Dott. T. Q. da C. desidera conoscere se sia legittima la richiesta fatta dalla Amministrazione della Cassa di previdenza di lire 1474 per contributi dovuti per gli anni dal 1902 al 1907 durante i quali egli ha prestato servizio in qualità di supplente, con intesa di diventare effettivo alla morte dei titolari.

L'articolo 5 della legge 2 dicembre 1909, a differenza del corrispondente della legge 14 luglio 1898, n. 335, dichiara che il contributo alla Cassa pensione è dovuto dal Comune per ogni posto di sanitario legalmente istituito. È pure obbligatoria la iscrizione alla Cassa per ogni medico regolarmente nominato dal Comune. Or dal quesito da Lei proposto si rileva che la sua nomina fu regolare, in base a concorso, perchè altrimenti non avrebbe potuto succedere in caso di morte ai titolari, e che il posto fu legalmente istituito, giacchè altrimenti non si sarebbe potuto emettere il mandato pel pagamento del relativo stipendio. Essendo, quindi, il posto legalmente istituito e la nomina regolare, non vi ha dubbio che sia dovuto il pagamento dei contributi. La somma richiesta dalla Cassa per metà farà carico a Lei e per altra metà al Comune.

(4944) *Aumento di stipendio.* — Il Dott. C. P. da O. sul T. desidera conoscere a quale autorità possa il Comune ricorrere contro la deliberazione della G. P. A. con cui si nega l'aumento di stipendio richiesto dai sanitarî condotti a termini dello art. 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

Contro le deliberazioni della G. P. A. relative ad aumento di stipendio dei medici condotti, i Consigli comunali possono ricorrere al Consiglio superiore di sanità. Il ricorso al Governo del Re è, in tali casi, inammissibile, e sarà stata, forse, questa la ragione per cui il Comune non ha finora conosciuto alcun esito del ricorso da esso prodotto in via gerarchica.

(4946) *Ufficiali medici di complemento - Richiamo in servizio.* — Il Dott. C. B. da R. mentre era in aspettativa fu chiamato a prestar servizio in altro Comune di diversa provincia come medico condotto. Invitato a presentarsi per prendere servizio nello esercito come ufficiale medico di complemento, fu assegnato ad un Corpo di stanza nella provincia ove prestava provvisorio servizio di condotta. Chiede conoscere se l'assegnazione fu legale e se nella affermativa possa aver diritto di invocare l'indennità fissata dal R. Decreto 1° novembre 1914, n. 1206.

Non crediamo che l'assegnazione al Corpo sia illegale perchè Ella nel momento della chiamata della classe risiedeva effettivamente nel Comune di quella provincia. La residenza, a differenza del domicilio, non è un *quid juris,* ma è un *quid facti,* che si verifica allorchè un individuo dimora in un determinato posto per tempo più o meno lungo. Non è applicabile al caso il succitato decreto relativo alla indennità perchè esso si riferisce agli ufficiali medici di complemento che non sono chiamati in adempimento di obblighi di leva e che volontariamente hanno assunto od assumono il servizio militare.

(4947) *Condotte mediche - Stipendi.* — Al Dott. F. B. da B. C. rispondiamo che i due concorsi debbono essere banditi in base allo stipendio di lire 1200 che era quello legalmente e da tempo ammesso dalla autorità tutoria. Lo stipendio di lire 1800 era assolutamente provvisorio perchè corrisposto in linea di equità all'unico medico che per un certo tempo ha disimpegnato il servizio per le due condotte.

(4949) *Vendita di medicinali.* — Il Dott. Franco desidera conoscere se sia lecito ad un medico ordinare medicamenti allo ingrosso o per proprio conto o per quello dei clienti direttamente a Case produttrici, escludendo i farmacisti locali.

Il medico, per proprio conto o per quello del cliente potrà ordinare direttamente alle Case produttrici quei medicinali di cui, secondo la farmacopea vigente, la vendita sia libera a tutti. Ma non potrà ordinare in tal modo specialità medicinali o rimedi a forma e dose di medicamento senza contravvenire alla legge sanitaria che affida la vendita di tali sostanze esclusivamente ai farmacisti.

(4950) *Concorsi medici.* — Il Dott. A. C. da B. desidera conoscere se sia legittima la nomina a pubblico impiego di un sanitario laureatosi nel luglio 1908 mentre nel bando di concorso era prescritto che la laurea doveva essere stata conseguita da non più di sei anni.

Se il bando di concorso contenente la condizione relativa alla data della laurea fu pubblicato nel novembre 1914, è evidente che l'individuo nominato non aveva i requisiti necessarî per ottenere la nomina e che, quindi questa è annullabile perchè fatta in offesa delle condizioni stabilite sul concorso. Contro la deliberazione di nomina Ella può ricorrere in linea

straordinaria al Re per violazione di legge, cioè, del bando e del regolamento ospedaliero. Il ricorso sarà steso su carta da lira 1.25 e sarà notificato giudiziariamente alle parti interessate, cioè ente pio e medico nominato, e sarà trasmesso al Ministero dell'interno per ulterior corso. A nostro avviso avrà certamente ragione.

(4951) *Stabilità.* — Al Dott. C. F. da V. rispondiamo che egli col giorno 12 gennaio sarà stabile di diritto.

(4952) *Ricovero di cronici - Diritti del medico condotto.* — Il Dott. C. O. da A. desidera conoscere se impiantandosi nella zona della sua condotta un ricovero per cronici, egli come titolare possa pretendere di essere assunto in servizio a preferenza di qualsiasi altro collega.

Il ricovero dei cronici, che sta per impiantarsi costà, non costituisce un appendice della condotta, ma bensì una istituzione a sè, mantenuta a spesa del Comune e delle Amministrazioni pie locali. Ciò stante il medico condotto della zona in cui esso sorge non ha alcun diritto di pretendere di essere assunto in servizio a preferenza di altri colleghi. Con consenso del Municipio, il condottato potrà concorrere, insieme agli altri colleghi in servizio presso altre zone della città.

(4954) *Visita alle scuole.* — Il Dott. G. M. da C. desidera conoscere se ha diritto ad essere retribuito per la visita alle scuole suburbane del proprio Comune.

L'ufficiale sanitario non ha diritto di pretendere speciale indennità per la visita alle scuole del proprio Comune, sieno essere urbane o suburbane. Se però per la esecuzione da tale visita deve sostenere spese per mezzo di trasporto od altro, deve esserne rimborsato dalla Amministrazione municipale. Doctor JUSTITIA.

Il fascicolo di gennaio 1915 della nostra Sezione Chirurgica contiene i seguenti lavori:

Antonino d'Antona.

1. Dott. O. UFFREDUZZI. *Contributi alla chirurgia sperimentale degli organi del mediastino (escluso il cuore).*

2. Dot. A. PIGNATTI. *Innesti sul deferente.*

3. Dott. G. SERAFINI. *Considerazioni sopra un tentativo di omo-necro-trapianto emiarticolare della metà prossimale dell'omero eseguito in un caso di resezione dell'estremità superiore dell'omero per sarcoma.*

4. Dott. E. BARTOLOTTA. *Endotelioma delle guaine del nervo ottico. Resezione dell'ottico con conservazione del globo oculare.*

5. Dott. M. SEGRÈ. *L'acido osmico eccita veramente l'attività osteogenetica?*

6. Dott. U. CAMERA. *Contributo clinico ed istologico allo studio dell' « Osteofibroma del mascellare superiore ».*

CONDOTTE E CONCORSI.

AGGIUS (*Sassari*). — Condotta di Trinità di Agultu con L. 3935 lorde. Scadenza 5 febbr.

* BIBBIENA (*Arezzo*). — 2ª condotta; L. 3000 lorde, tre sessenni, L. 600 per cavalc.; obbligo di prestare servizio nell'Ospedale locale col compenso che verrà concesso da quell'Amministrazione. Età limite anni 40. Servizio in qualche ospedale pubblico. Scadenza 20 gennaio.

BOSNASCO (*Pavia*). — Condotta piena; abitanti 1021; L. 3600. Facoltà del nominato di chiedere entro il biennio trasformazione in condotta libera. Scadenza 20 gennaio.

BURGIO (*Girgenti*). — Condotta; L. 2500 pei poveri. Scadenza 31 gennaio.

CAPRESE-MICHELANGELO (*Arezzo*). — A tutto il 20 genn. condotta; L. 3900 p. poveri, L. 600 p. abbienti, L. 100 p. l'a. f., L. 100 come U. S.; un triennio ed un sessennio del decimo; al lordo di R. M.; alloggio; obbl. cav. Ab. 3000. Età massima 60 anni. Servizio entro 15 giorni.

CASALETTO SPARTANO (*Salerno*). — Condotto gener.; L. 2000 oltre L. 250 se U. S. Scad. 30 genn.

* CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — 2ª condotta piena; L. 3000 lorde e L. 700 per cav. obbligatoria; L. 0.50 per ogni visita oltre un km. dalla residenza; due sessenni. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 5 gennaio.

CIMADOLMO (*Treviso*). — Condotta libera; L. 4000 e allogg.; ab. 2661. Scad. 20 genn.

COSENZA. *Ospedale civile.* — Direttore; L. 4000 lorde e tre quinquenni del 15 %. Età 30-50 anni. Richiedesi la libera docenza in clinica chirurgica. Documenti al presidente della Deputazione provinciale. Scadenza 60 giorni dal 2 gennaio.

CROSARA (*Vicenza*). — Medico; L. 3000 lorde più L. 160 quale U. S. e L. 500 cavalc., due sessenni, soli poveri. Alloggio. Ab. 3104. Età 45 anni salvo eccez. regol. Assunzione entro 15 giorni. Scadenza 20 gennaio.

GRANCONA-ZOVENCEDO (*Vicenza*). — Medico; L. 5000 e L. 150 come U. S., due sess. Alloggio. Assunzione servizio 1 febbr. Rivolgere offerte alla Pres. consorz. in Grancona. Scad. 20 genn.

FALERIA (*Roma*). — Condotta; L. 3600 nette oltre L. 120 U. S. Scadenza 20 gennaio.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Condotto pei poveri; L. 1800 lorde. Scadenza 24 genn. La locale Società Operaia darà altre lire 2200 annue per la cura dei soci. Rivolgersi al sindaco ed al presidente della Società.

LOREO (*Rovigo*). — Prima condotta; L. 3800; se l'eletto sarà nominato U. S. sarà retribuito con L. 500. Prorogato al 20 gennaio.

LUCCA SICULA (*Girgenti*). — È aperto il concorso fino al 31 gennaio per la 2ª condotta medica. Cura piena; popolazione 2600; stipendio lordo L. 2500 annue.

MIANE (*Treviso*). — Condotta libera; L. 4150. Scad. 29 gennaio.

MILANO. *Consiglio degli Istituti ospitalieri.* — Medico vice-ispettore; L. 3200 nette di R. M.; quattro quadrienni di L. 500. Titoli ed esami.

Servizio notturno. Anno di prova. Docum. al Protocollo del Consiglio non oltre le ore 16 del 10 febbraio. Età massima 35 anni.

Nule (*Sassari*). — Condotta medica; L. 3500 nette con due aumenti. Cercasi intanto medico condotto interino; stipendio da convenirsi. Rivolgersi al sindaco. Scadenza 20 gennaio.

Pentima (*Aquila*). — Condotta a tutta cura, popolazione riunita, incerti profess. dalle famiglie dei malati. Stip. L. 3200 di cui 2600 p. poveri, 600 per gli abbienti, L. 300 ufficiale sanitario. Sessenni. Scade 26 gennaio.

Pozzo Alto (*Pesaro*). — Condotto; L. 3900 (ripartite L. 3000 per i pov., L. 600 per i semi-abb., L. 300 cavalc. senza obbligo, L. 100 U. S.); alloggio; assicurazione (L. 12,000 caso morte; L. 20,000 per invalidità permanente; L. 8 al giorno caso invalidità tempor.). Scad. 25 genn.

Roccacasale (*Aquila*). — Medico per la generalità degli abitanti che sono 1900 riuniti. Paese in montagna 400 m. sul livello del mare. L. 3000; 200 per uff. san. Sessenni. Scade 10 febbraio.

Rocca di Cave (*Roma*). — Condotto; L. 3000 più L. 100 per a. f. Scadenza 31 gennaio.

* Sarteano (*Siena*). — 2ª condotta; ab. 1000 in paese e 1400 in campagna; lorde L. 2000 p. poveri, L. 1150 p. abb., e L. 250 p. supplenza; L. 700 nette p. cav., tre sessenni di L. 300; assicuraz. Scad. 15 febbr.

Serra dei Conti (*Ancona*). — Due condotte; L. 3000 per 1000 poveri, L. 75 per ogni 100 poveri in più, L. 800 semiabbienti, L. 700 cavallo; tre sessenni; L. 200 U. S. Popolazione 3052; ospedale. Scadenza 27 gennaio.

S. Giorgio Lomellina (*Pavia*). — Ab. 3269. Medico generalità; L. 4800 e L. 200 Uff. San., L. 500 mezzi trasporto. Scad. 31 gennaio.

* Sinalunga (*Siena*). — A tutto il 5 febbr., 2ª condotta; età limite 33 anni; biennio di osp.; titoli chirurgici, ab. 2111 in 14 Cmq. L. 2834 pei poveri, L. 666 p. gli abb., due sessenni di L. 350, L. 500 dall'osped., L. 250 per supplenza, L. 600 per cav., assicuraz., provento visite. Servizio entro 15 giorni.

Suvereto (*Pisa*). — A tutto il 15 febbr., prima condotta; L. 3400 con tre sessennî, lorde, pei poveri ed i semi-abbienti; L. 300 per cav.; ettari 4500, ab. 3593. Servizio entro 15 giorni.

* Tavoleto (*Pesaro*). — Medico; L. 4000 lorde e alloggio (L. 3000 poveri, L. 900 abbienti, L. 100 per uff. san.). Scadenza 20 gennaio.

Vicenza. *Ospedale civile.* — Medico chirurgo secondario. Scad. ore 16 del 31 genn. Iscrizione in un Ordine. Nomina biennale, L. 1700 lorde, alloggio, L. 4 e vitto nei giorni di guardia.

Viganella (*Novara*). — Consorzio; kmq. 25 circa, in montagna; ab. 2415; L. 3200 lorde pei poveri (20 % incirca); eventuale estensione alla generalità per alcuni Comuni. Scad. 31 genn

Cercasi di urgenza interino per il comune di Monteflavio (Roma). Stipendio mensile L. 360. Rivolgersi al Sindaco.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Bologna. *Premio Internazionale Elia De Cyon.* — La classe di scienze fisice della R. Accademia di Bologna bandisce il terzo concorso internazionale al premio biennale di L. 3000, istituito dal suo membro corrispondente prof. Elia De Cyon, coll'intento di favorire e promuovere le ricerche e gli studi sugli argomenti che Egli coltivò con tanto successo; tale premio sarà quindi conferito a concorrenti i quali nei lavori trattino qualcuno degli stessi argomenti e particolarmente di quelli riguardanti:

1° Le funzioni del cuore, e sopratutto dei sistemi nervosi cardiaco e vasomotore.

2° Le funzioni del labirinto dell'orecchio.

3° Le funzioni della tiroide, dell'ipofisi e della ghiandola pineale.

La scadenza di questo terzo concorso è stabilita al giorno 1° marzo 1915.

Valenza. *Instituto Médico Valenciano.* — Premi straordinari pel 1915. Medicina: Sieroterapia della lebbra. Chirurgia: Trattamento chirugico delle laringo-stenosi croniche: casi pratici. Tema libero: Risoluzione di una questione importante nelle scienze mediche od ausiliarie, a giudizio dell'autore. I premi consistono nel conferimento del titolo di socio onorario e di una menzione onorevole.

Premio della *Fondazione Roël.* — Tema: Alterazioni del sangue negli stati chirurgici. Il premio consiste nel conferimento del titolo di socio onorario e di una medaglia, nella pubblicazione della memoria e nell'assegnazione di 3000 pesetas. La lingua italiana è ammessa per la redazione delle memorie. Scad. 31 gennaio 1915.

Rivolgersi al segretario generale Enrique Gay Méndez, Instituto Médico Valenciano, Mar, 21.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro amico e collaboratore dott. Campeggiani, capitano medico, assistente onorario presso la R. Clinica oto-rino-laringoiarica di Roma, ha conseguito brillantemente la libera docenza nella specialità.

La Commissione, formata dai professori Todaro, Massei, Ferreri, Alessandri e Capaldo giudicò ad unanimità degno di elogio il lavoro « Le otiti medie e loro complicanze nella polmonite franca lobare ».

La prova didattica concernente le sinusiti mascellari e guadagnò al neo-docente il plauso della Commissione.

Rallegramenti.

A coprire il posto di chirurgo primario nell'Ospedale di Castel San Giovanni (Piacenza) è stato chiamato il prof. Livio Losio, chirurgo direttore dell'Ospedale di Carate Brianza (Milano), risultato primo fra diciassette concorrenti.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatore: prof. Jemma Rocco, direttore della clinica pediatrica della R. Università di Napoli.

Cavaliere: dott. Pasino Eligio, capitano medico.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Cavalieri: dott. comm. Serono Cesare, libero docente nella R. Università di Roma; dott. Schirru Guglielmo, maggiore medico.

NOTIZIE DIVERSE.

Il disastro tellurico.

Nell'ora tragica di devastazione e di lutto che si abbatte sul nostro paese invochiamo lo slancio fattivo della classe medica a favore dei colpiti.

I medici sapranno, come sempre, dar prova della loro umanità, del loro civismo, del loro sereno eroismo.

Corso di perfezionamento in criminalogia e medicina legale.

Il giorno 30 gennaio 1915 incominceranno le lezioni per questo corso, che da quattro anni si tiene presso l'Università di Torino. Proseguirà per tre mesi, sino almeno a tutto aprile.

In una felice e significativa fusione di elementi biologici e giuridici vi si insegna antropologia criminale (prof. Carrara), sociologia criminale e diritto penale (prof. Zerboglio), applicazioni di metodi sperimentali allo studio dei fenomeni psichici (prof. Herlitzka), malattie mentali in rapporto al delitto, (prof. Treves), medicina legale (prof. Carrara e Lattes) e polizia giudiziaria (prof. Tovo).

Il discorso inaugurale sarà tenuto dal commendatore Setti, procuratore generale presso la Corte d'Appello di Genova, sul tema: Abuso del diritto.

Inoltre vi terranno conferenze la signora dottoressa Gina Lombroso-Ferrero sulla « Storia dell'antropologia criminale »; il comm. D'Amelio, consigliere di cassazione e capo gabinetto di S. E. il Ministro Guardasigilli, sopra l' « esperimento della legislazione con tendenza positivista in Libia »; il prof. Antonini, direttore del manicomio di Milano, sui « manicomi criminali e la difesa sociale »; il prof. Niceforo sulla « fotografia metrica » (con proiezioni); il prof. Ferrari, professore di psicologia sperimentale nell'Università di Bologna, sul « metodo psicologico nell'educazione dei minorenni discoli ».

Si faranno come negli anni scorsi visite collettive d'istruzione a stabilimenti penitenziari, manicomiali, di educazione correttiva, ecc.

Alla fine del corso si rilascierà agli iscritti un diploma.

Possono iscriversi i laureati in legge e in medicina, gli insegnanti, ufficiali di carabinieri e dell'esercito, funzionari delle questure, delle prefetture, ecc., e ogni altro studioso.

Per iscrizioni e per ogni informazione rivolgersi alla segreteria dell'Università di Torino (facoltà di Medicina) sino a tutto gennaio.

Corso di perfezionamento in ostetricia e ginecologia.

Venerdì 15 gennaio nella R. Clinica ostetrico-ginecologica del Policlinico, diretta dal professore E. Pestalozza, ebbe principio un corso teorico-pratico per i medici che aspirano a perfezionarsi nella specialità ostetrico-ginecologica.

La lezione inaugurale fu tenuta dal prof. E. Pestalozza.

La scuola Samaritana di Roma.

Il Consiglio direttivo dell'Associazione Romana fra i Liberi Docenti, procedendo ad una nuova sistemazione delle varie istituzioni fondate dall'Associazione stessa, con recentissima deliberazione, d'accordo col Comitato direttivo dell'Università popolare romana, ha stabilito di costituire la Scuola Samaritana in Ente autonomo, e quindi completamente distinto da quest'ultima, sia per la parte didattica che amministrativa.

La deliberazione stessa è parsa necessaria in vista del notevole e molto promettente sviluppo in poco tempo conseguito dalla Scuola Samaritana, per il larghissimo consenso che la medesima ha trovato in ogni classe di cittadini.

L'incremento della scuola è documentato da una relazione morale e finanziaria, dalla quale rileviamo che furono tenuti due corsi, uno popolare, per l'insegnamento dei soccorsi d'urgenza (docenti: Sgambati O., Zannelli P., Giudiceandrea V., Roselli R., Amante M., Ascarelli A., Luzzatti T., Montesano G., Fraschetti V.), l'altro complementare, per l'assistenza ai malati e feriti in previsione di avvenimenti bellici, riservato alle Signore (docenti: Dominici L., Badaloni G., Giudiceandrea V., Amante M., Montesano G., Neuschüler A., Fraschetti V.). Alle prove d'esame si presentarono 111 frequentatori del primo corso, dei quali solo 4 dichiarati non idonei. Il secondo corso venne frequentato da 72 signore, che hanno indossato il costume speciale della scuola e si sono fregiate di uno speciale distintivo disegnato da Ettore Ximenes.

La relazione è preceduta da un efficace discorso del prof. V. Giudiceandrea.

Società stomatologica Lombarda.

Si è costituita a Milano (via Statuto 15-A); si propone di promuovere ed appoggiare le manifestazioni che tendono al progresso scientifico e pratico della specialità e di tutelare i diritti della classe.

Beneficenza.

La Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde ha deliberato di celebrare la nascita della principessa Maria erogando per opere di beneficenza un milione di lire, di cui gran parte andrà a beneficio degli Ospedali lombardi.

Assistenza sanitaria ai lattanti.

L'Opera Pia « Casa del latte principessa Giovanna » di Roma, d'accordo con la Congregazione di Carità, ha istituito nei quartieri più popolari, accanto alle sale di refezione per le madri che allattano, cinque consultazioni per bambini lattanti poveri, che ivi saranno invigilati e curati perchè il loro sviluppo proceda regolare.

Ampliamento di manicomio.

Il Consiglio provinciale di Verona ha approvato un progetto per l'ampliamento di quel Manicomio; esso importa la spesa di circa due milioni.

Levatrici iscritte alla Croce Rossa.

Il Consiglio diretivo della Società Lombarda di M. S. ed istruzione tra le levatrici ha promosso la istituzione di un corso speciale per le levatrici che vorranno prestare l'opera loro alla Croce Rossa. L'iscrizione è libera e gratuita. Le lezioni saranno impartite dal prof. Baldo Rossi.

La Croce Rossa svizzera.

Il Consiglio federale ha ordinato ai suoi rappresentanti a Parigi e a Berlino di notificare ai governi francese e tedesco che la Svizzera, nel caso che una intesa intervenga per lo scambio dei prigionieri definitivamente invalidi, mette a loro disposizione la Croce Rossa Svizzera e i treni sanitari dell'esercito per effettuare tale scambio.

Medici americani sul fronte.

Il noto chirurgo americano prof. G. W. Crile, direttore del Lakeside Hospital a Cleveland, ha assunto la direzione di una divisione ospedaliera dell'ambulanza Nord-Americana a Neuilly. Egli verrà raggiunto da una parte del personale del suo Istituto.

Requisizioni sanitarie in Romania.

Secondo notizie da Bucarest, in vista di una entrata in campagna eventuale dell'esercito romeno, l'autorità militare si occupa dell'ordinamento degli ospedali e delle ambulanze. Inoltre l'organizzazione dei Comitati privati per il reclutamento delle suore di carità, infermieri e medici è ora oggetto di grandi cure.

Medici vittime della guerra.

Le liste pubblicate dalla « Deutsche medizinische Wochenschrift » davano sino alla metà di novembre 94 medici della Germania uccisi sul campo, 12 morti di malattie sul campo, 90 feriti, 27 prigionieri e 64 mancanti, probabilmente fatti prigionieri. Si ha un totale di 287 medici sottratti alla professione.

Il « Paris Médical del 2 gennaio 1915 riporta un elenco di 47 medici, 2 studenti di medicina e un dottore in farmacia morti di ferite in guerra e di 17 feriti.

Queste cifre sono certo inferiori al vero, poichè il numero delle perdite viene accertato lentamente.

Legionari garibaldini all'ospedale italiano di Parigi.

Nella fondazione italiana per i feriti in guerra che fu aperta sul Boulevard de Montmorency a Parigi sono stati ricoverati molti volontari della legione garibaldina italiana rimasti feriti.

Suore infermiere premiate.

L'Accademia Francese ha conferito un premio di 10,000 franchi alle « figlie di San Vincenzo de' Paoli » di Salonicco, per l'abnegazione con la quale hanno curato le vittime turche della guerra balcanica.

Un banchetto all'on. Sanarelli.

I professori della « Facoltà di medicina » di Bologna hanno offerto un bancheto all'esimio scienziato, in occasione della sua chiamata alla cattedra d'igiene di Roma.

Nella stampa medica italiana.

Il prof. Camillo Negro, direttore dell'Istituto di Neuropatologia della R. Università di Torino, è entrato a far parte della Direzione del « Pensiero Medico », col quale si è fusa la « Rivista Neurologica » dal prof. Negro fondata e diretta.

La stampa medica francese.

In questi giorni riprendono le pubblicazioni il « Paris Médical », il « Journal des Praticiens » e gli « Archives de Médecine et Chirurgie infantiles ». Caldi auguri.

Il 30 dicembre spegnevasi in Firenze dopo lunga malattia il cav. prof. **Luigi Guaita**, direttore della R. Clinica oculistica e dell'Ospedale oftalmico di Firenze.

Nacque a Bergamo nel 1941. A soli 23 anni conseguì a Pavia la laurea in medicina.

Già fino da studente seguiva la scuola del Quaglino; appena laureato ne divenne assistente e da allora la sua vita non ebbe altro scopo se non di eccellere nella specialità alla quale si era dedicato e in cui divenne sommo.

Ottenuta la libera docenza per titoli nel 18- a Pavia, nel 1879, andò a dirigere il reparto oftalmico nell'Ospedale di Bergamo.

Nel 1884 fu chiamato a Siena a fondare e dirigere la Clinica oculistica. Ivi egli trascorse i suoi anni più gloriosi e di cui egli ha serbato il più grato ricordo, tanto che ha voluto che le sue ultime spoglie riposassero in quella città.

Rimasta vacante la cattedra di Firenze, fu chiamato a dirigere quella Clinica nel 1900.

Ancora valido, venne colpito da inesorabile malattia che in pochi mesi lo portò alla tomba.

Il Guaita si mostrò insegnante efficace, organizzatore severo e pratico negli istituti che diresse, lavoratore geniale ed infaticabile.

Si può dire che egli abbia fondato e diretto successivamente 3 istituti, a Bergamo, Siena e Firenze, poichè in quest'ultima città, se pure esisteva una Clinica, egli dovè ricostituirvi locali e imprimere nuovo andamento.

L'opera sua scientifica è racchiusa in circa 60 pubblicazioni riguardanti le parti più svariate dell'oftalmologia.

Oltre a studii interessanti di anatomia patologica, specie sui tumori dell'occhio e degli annessi, ha ottimi studi sulla istologia normale e patologica del cristallino e sulle alterazioni di questo nella cataratta maturata artificialmente.

Riguardo alla chirurgia oculare, ha modificazioni ai metodi operatori dell'entropion, della dacriocistite, dell'esenterazione del bulbo oculare.

Per la parte medica il suo metodo di cura del tracoma per mezzo del sublimato corrosivo è uno dei migliori. Ha poi molti lavori clinici e sperimentali sugli effetti terapeutici dell'eserina, della cocaina, del jequirity e su di alcuni altri preparati.

Si è pure occupato di ottica e della motilità oculare e su questi temi sono stati composti lavori importanti, di cui egli è stato l'ispiratore.

Così pure in batteriologia, specie per i lavori del Gasparrini sul diplococco, la Clinica di Siena ebbe voce autorevole fra le consorelle.

Ma una delle opere più genali del Guaita è « La scienza dei colori e la pittura » (Hoepli), dove egli seppe applicare le aride speculazioni della scienza pura alle sublimi creazioni dell'arte.

Fu colpito dalla morte mentre stava per portare a termine un ricco atlante di anatomia normale e patologica dell'occhio.

A. NEUSCHÜLER.

Rassegna della stampa medica.

La Presse Méd., 12 ag.-23 sett. Numeri sulla medicina di guerra.

La Liguria Med., 1° ott. CHIÒ: Sul meccanismo d'azione degli acidi.

The Boston M. a. S. Journ., 1° ott. WEBBER: Endocardite traumatica. — MURPHY: Requisiti e deficienze degli infermieri.

The Journal A. M. A., 1° ott. MAYO: il trattamento chirurgico dell'esoftalmo. — WINSLOW: Le ferite penetranti nell'addome. — CHAPIN, MEYERS, NEFF: Sull'allattamento. — CADBURY e HOFMANN: Trattamento del colera con la trasfusione di soluzioni saline.

La Rif. Med., 3 ott. MANCA: Idiozia mongoloide. — FERRANNINI: Patologia professionale dell'apparecchio circolatorio. — LANDOLFI: Sull'indacanuria.

La Pediatr., ott. DI CRISTINA: Sul cloroma. — CARONIA: Sull'anemia splenica. — VAGLIO: La sieroterapia scarlattinosa.

The Practitioner, ott. MC ARDLE: La cura chirurgica dell'idrocele. — WALTON: Cura operativa del gozzo esoftalmico. — ANDERSON: L'esame del retto nelle malattie non rettali.

Dermat. Woch., 3 ott. UNNA: I mezzi ossidanti in dermatologia.

The Lancet, 3 ott. WARREN: La sutura nell'apparato cardiovascolare. — GOADBY, OXLEY: La prevenzione elettrolitica delle intossicazioni. — WATSON: Sul trattamento delle fratture in guerra. — DONELAN: Il servizio d'ambulanza in Francia.

Mediz. Klinik, 4 ott. MATTHES: Malattie interne in guerra. — HAENLEIN: Lesioni uditive indirette da colpi d'arma da fuoco.

Berl. klin. Woch., 5 ott. VIRCHOW: La posizione dei visceri nelle forti cifosi. — KOHNSTAURM: Schizotimia e ciclotimia. — MARCUSE: Il riconoscimento röntgenologico delle stenosi ileali. — UNNA *jun.*: Sul trattamento delle cicatrici da vaiolo.

Münch. med. Woch., 6 ott. OEHLER: L'irradioterapia profonda nelle malattie chirurgiche specialmente tubercolari. — SCHÖPPLER: Miosite ossificante traumatica. — MOHR: Influenza dell'ipnosi sui centri vegetativi. — KREUTNER, JEHN: Sul trattamento del tetano in guerra.

Wien. klin. Woch., 8 ott. KOWARSCHIK e KEITLER: La diatermia nella pratica ginecologica.

Gazz. d. Osp., 8 ott. DE CASTRO: Sul trattamento delle adeniti croniche cervicali.

Bull. de l'Ac. de Méd., 8 ott. CAPITAN: Le ferite toraciche da palle del fucile tedesco; discuss. — BOURQUELOT: Un preteso nuovo anestetico derivato dalla morfina. — FIESSINGER: Inconvenienti delle cure di dimagramento in certi cardiaci.

The Boston M. a. S. Journal, 8 ott. Numero sulla febbre paratifoide.

La Presse Méd., 8 ott., DELORME: Le ferite prodotte dalle armi francesi. — WALTHER: Etiologia, e profilassi del tetano nei feriti in guerra.

La Rif. Med., 10 ott. RUMMO: Terapia dell'arteriosclerosi. — FERRANNINI: L'infantilismo mitralico. — VECCHIO: La dispepsia tabetica. — MARTELLI: Studî ematologici.

The Quarterly Journ. of Med., ott. HUME e CLEGG: Il cuore nella difteria. — NAISH: Conduzione delle orecchiette. — FALCONER e MC QUEEN: Il polso paradosso.

Dermat. Woch., 10 ott. UNNA: L'ossigeno in dermatologia.

Zbl. f. Chir., 10 ott. DANIELSEN: Trattamento della « luxatio claviculae praesternalis ». — LEVY: L'amputazione osteoplastica sopramalleolare in guerra.

Bull. J. Hopkins Hosp., ott. MILLER: La conta differenziale dei leucociti.

Pensiero Med., 11 ott. PIGNACCA: Uso della canfora nelle ferite settiche.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. Roma, 24 gennaio 1915 Fasc. 4

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Premio ordinario agli associati, per il 1915.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Assistente nella R. Clinica Otoiatrica e aiuto medico negli Ospedali di ROMA.

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Sarà un volume in formato tascabile di circa 800 pagine, nitidamente stampato, con molte figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela con inscrizioni in oro sul piano e sul dorso. È già in corso di stampa e verrà spedito nel primo trimestre del 1915.

SOMMARIO: INTRODUZIONE. *Importanza dell'otorinolaringoiatria.* Intenti e confini moderni di questa branca. — I. NASO. Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame del naso. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. SENI O CAVITÀ ANNESSE AL NASO. IPOFISI. — II. BOCCA. FARINGE. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della faringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. ESOFAGO, TIROIDE e TIMO. — III. LARINGE E TRACHEA. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della laringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. — IV. ORECCHIO. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame dell'orecchio. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. Medicina legale e infortuni sul lavoro.

Avvertenza. Per aver diritto al suddetto interessante volume, spedire *subito*, mediante Cartolina-vaglia indirizzata nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, n. 46 - ROMA, l'importo d'abbonamento per l'anno 1915. (*)

(*) *N. B.* Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
IV Padiglione diretto dal prof. T. GUALDI.

Sul valore clinico della reazione di Wassermann

per il dott. TOMMASO PONTANO, medico aiuto.

Sommario: I. Sifilide e malattie interne. - II. Mezzi diagnostici della sifilide nelle malattie interne. - III. Reazione di Wassermann. - IV. Interpretazione della W. R. - V. La W. R. nelle malattie: *a*) sifilitiche, *b*) non sifilitiche, *c*) deduzioni. - VI. W. R. positiva è segno di sifilide attiva. - VII. W. R. e cura della sifilide. - VIII. Conclusioni.

VI. — *W. R. positiva è segno di sifilide attiva.*

Se si eccettuino i casi particolari enumerati e si tengano nel dovuto conto i resultati incompleti, la reazione di Wassermann positiva, è nella pratica un segno prezioso di sifilide.

Importanza non minore per la pratica ha il problema: se essa sia segno di sifilide attiva, o se rappresenti un sintoma che rimane anche quando la sifilide è spenta, come sogliono persistere nell'organismo alcuni segni di vivaci reazioni da infezione, quando la malattia che li ha provocati è finita. Decidere un tale problema non è lusso scientifico: una W. R. che fosse segno di sifilide attiva diviene segno prezioso di diagnosi non solo, ma in molti casi si aggiunge agli altri criteri clinici come guida sicura per la terapia; una W. R. invece che fosse presente anche nella sifilide guarita sarebbe per noi solo un magnifico reattivo dell'infezione in atto o spenta, ma non potrebbe avere significato ulteriore. Che la sostanza reattiva, che noi cerchiamo nel sangue dei sifilitici, sia

un prodotto dell'infezione la quale si generalizza, noi non possiamo dubitare, quando seguiamo la sua scomparsa nel siero di chi, dall'accidente iniziale passa alla setticoemia spirochetica, o la comparsa nel liquido cefalorachideo, quando l'infezione aggredisce il sistema nervoso. Ma essa è da alcuni paragonata alle agglutinine, altro prodotto dell'infezione, che compare specifico con l'iniezione d'un antigene determinato (Fischer, Blumenthal e Roscher, Much, Bushke ed Harder, Hancker, Kopp, Bruhns, Blanck) e che persiste e talora per lungo tempo anche quando l'infezione è clinicamente spenta; nella sifilide essi dicono, avviene un fenomeno parallelo: un sifilitico dopo qualche anno dalle ultime manifestazioni, ha figli sani, è clinicamente guarito, eppure la reazione è ancora positiva completa. Inoltre, essi dicono, troppo spesso nella tabe, sempre nella paralisi progressiva, la reazione è positiva eppure le due malattie non sono affatto influenzate dalla cura mercuriale ed arsenobenzolica come le manifestazioni floride della sifilide. La W. R. è positiva nella sifilide latente, e lentamente senza cura alcuna può scomparire per sè, come le agglutinine a poco a poco dileguano col tempo.

Infine, essi dicono, la W. R. non si modifica sotto l'influenza della cura, mentre nettamente dovrebbe attenuarsi e scomparire se fosse l'indice della infezione attiva.

Tutte queste argomentazioni possono essere felicemente contradette forse più con i fatti portati dalla esperienza, che col ragionamento teorico. Se pure si vuol mantenere il paragone con le agglutinine, è pur vero che esse persistono per lungo tempo talora (1-2 anni) dopo la scomparsa della malattia, ma è noto sperimentalmente e clinicamente che a malattia spenta, le agglutinine aumentano per qualche tempo, poi a poco a poco diminuiscono e sempre dileguano; si trovano è vero individui che anche dopo 50 anni dall'infezione ebertiana hanno presentato Widal +. Gli studî moderni hanno però dimostrato, che pur per 50 anni il soggetto può essere portatore di quegli stessi bacilli del tifo che un tempo determinarono la malattia; nella sifilide il reattivo X, che trovasi nel sangue, raramente scompare per sè, quando la malattia tace, e anche dopo molti anni, nella sifilide latente la reazione è in una forte percentuale (50 %) positiva.

Tale resultato della ricerca di laboratorio collima perfettamente col concetto clinico dell'infezione sifilitica: questa tace, talora in modo completo, per molti anni, poi un aneurisma dell'aorta, una gomma degli organi viene a dimostrare che l'infezione latente era ancora attiva e capace di determinare danni sull'organismo.

Ma il sifilitico ha figli sani, il sifilitico è clinicamente guarito, eppure la reazione è ancora positiva. Si consideri bene l'osservazione che ha a prima vista un grave peso. Un sifilitico che ha figli sani è un sifilitico guarito? noi non vogliamo indagare da quale localizzazione nel padre derivi la triste eredità nei figli, o se, come è nostra convinzione, l'eredolues sia sempre segno di lues materna, facilmente sfuggita o ignorata, ma vogliamo solo far considerare che in molti sifilitici, con sifilide contratta prima del matrimonio, con prole sana, troppo spesso compare una di quelle malattie sicuramente sifilitiche, aneurisma, tabe, paralisi progressiva, gomme degli organi.

La sifilide è non solo proteiforme, ma spesso mostra delle strane predilezioni per organi, sistemi, tessuti: in un mio caso, in una giovinetta virgo, con sifilide acquisita, ogni ricerca sugli organi riuscì negativa, e per 9 anni la lues ebbe manifestazioni cutanee, periostee, ossee, glandulari, la forma delle manifestazioni ingannò per 9 anni la osservazione medica, finchè la comparsa d'un processo cutaneo chiaramente gommoso e il resultato positivo della W. R. determinarono l'intervento con la cura specifica e la definitiva guarigione della malata. Dato pure che la sifilide ereditaria sia germinale, non è difficile concepire un sifilitico con sifilide attiva, in cui l'apparato riproduttore sia completamente risparmiato. Invece, come tutto porta a credere, il problema meglio si chiarisce, se si pensa che al feto la infezione è comunicata dalla madre per via placentare: è chiaro che la donna è contagiata solo quando l'uomo ha manifestazioni esterne (mucose), e che queste possono mancare nei periodi tardivi, come esser presenti in qualunque stadio dell'infezione: l'infezione dalla moglie è spesso contratta con sintomi poco chiari, tonsillite, erosione della vulva, ulcera del collo uterino, ecc., e fa parte di tutte quelle sifilidi latenti o ignorate, come tanto spesso è stato riscontrato nelle prostitute. Ma l'infezione della donna può non avvenire affatto e la prole essere tutta sana, può avvenire quando una parte dei figli era stata generata, e si vede il fenomeno in passato strano, che, dopo un certo numero di figli sani, da un ceppo sifilitico sono generati aborti o figli con i segni di sifilide ereditaria.

Quando noi parliamo di sifilide clinicamente guarita parliamo di individui in cui manifestazioni apprezzabili della malattia non esistono: ma abbiamo per esempio, noi mezzi per diagnosticare un'arterite incipiente dell' aorta o delle cerebrali, una lenta invasione della corteccia, prima che i segni dell'aneurisma o della paralisi progressiva si manifestino? È ingiusto davvero dire che la reazione non può essere considerata come segno di sifilide attiva solo perchè è presente là dove noi non sappiamo disvelare il fondamento che determina la sua presenza, quando il segno obbiettivo manchi.

Un argomento di ardua interpetrazione è il comportamento della *W. R. nella tabe e nella paralisi progressiva* (W. R. + in malattie che non reagiscono alla cura, come ogni affezione sifilitica); è necessario considerare le due malattie separatamente. Abbiamo visto la percentuale delle reazioni positive nella tabe curata e non curata: nella tabe curata la W. R. scompare come nella lues pregressa o latente, lentamente sotto la azione degli specifici mercuriali o arsenicali. Nella tabe non curata la reazione manca specialmente in quei casi in cui la tabe non è associata a manifestazioni floride di sifilide tardiva, come segni di meningite, radicolite, contemporanea arterite, ecc. Ho visto tabetici curati a lungo insistentemente con W. R. positiva prima della cura, avere poi per lungo tempo d'osservazione (1 anno) sempre W. R. negativa, tuttavia il processo tabetico per nulla essere stato influenzato dalla terapia e seguire il suo corso fatale, oppure guadagnare quel tanto, che noi conosciamo dall' esperienza e che il tabetico può riacquistare dalla rieducazione o dalla scomparsa dei sintomi, delle localizzazioni floride della lues (radicoliti, ecc.).

Dopo la cura sono scomparsi i segni dolorosi della tabe (radicolari, dolori puntori, lancinanti) ma non uno dei segni capitali (Argyll-Robertson, abolizione dei riflessi, atassia), così da far pensare che la terapia possa eliminare quel tanto che spetta alle lesioni floride dell'infezione, lasciando intatto quanto è di natura degenerativa, così come possono scomparire in un'aortite i segni dolorosi, senza che per nulla sia influenzato il processo degenerativo cicatriziale, che volge all'aneurisma.

Tale concetto che la W. R. sia l'esponente non del fatto degenerativo, che, conseguenza tossica della sifilide, non ha per sè carattere di lesione florida, specifica, ma l'esponente dell'infezione attiva esistente al di fuori di essa, e che la reazione diventi negativa quando pur mantenendosi il corso fatale della lesione degenerativa, scompare la infezione spirochetica attiva, non contrasta nè con le conoscenze anatomopatologiche nè cliniche. Anatomopatologicamente la lesione tabetica del midollo è lontana dalle comuni lesioni sifilitiche, clinicamente essa resiste alla cura, e trova parallelo di analogia in altri campi. La paraplegia da *latyrus*, l'anemia perniciosa da anchilostoma p. es., la prima con meccanismo poco noto, la seconda con chiara visione fisiopatologica, acquistano dignità di malattia a sè e progressiva, anche quando le cause della malattia sono scomparse: abolizione del *latyrus*, cura contro l'archilostoma; chè, se la cura interviene a tempo si evita nell'anchilostomiasi la produzione dell' incurabile anemia perniciosa, come secondo le concezioni dei moderni autori francesi, si previene la tabe, con cura opportuna ed efficace delle prime manifestazioni dell' aggressione del sistema nervoso (esame del liquido cefalo-rachideo).

Nella *paralisi progressiva* si trova quasi il controllo di quanto noi pensiamo avvenga nella tabe: W. R. sempre positiva, nessun segno si modifica dopo la cura, neanche la W. R., il che dice che a differenza della tabe, la lesione leutica (reperto di spirochete nella corteccia) non è modificata dalla nostra terapia, la quale con grande probabilità non giunge là dove il parassita è innicchiato.

Altra riprova si ha nel comportamento del liquido cefalorachidiano: raramente positivo nella tabe, e la reazione positiva diviene negativa dopo la cura, così come nelle sifilidi meningee curate, sempre positivo e tale si mantiene dopo la cura nella paralisi progressiva, indice del fatto che la produzione del reattivo sifilitico avviene continuamente perchè la nostra terapia non vale a modificare le lesioni produttrici di esso.

Se i concetti da noi espressi sono nel vero la W. R. positiva nella tabe e nella paralisi progressiva più che rappresentare un argomento contrario, sono una prova favorevole all'ipotesi che W. R. + sia esponente di sifilide attiva: essa scompare infatti quando nella tabe scompaiono i segni di sifilide florida e rimangono solo i fatti degenerativi, persiste nella paralisi progressiva, in cui l'agente non è aggredibile, e le lesioni sono per esso continuamente progressive, e il reattivo ha perenne fonte di produzione.

Se la W. R. è segno di sifilide attiva essa deve seguire l'andamento della cura; que-

sto non avviene, secondo alcuni autori, i quali anzi notano che la cura può modificare una W. R. da negativa a positiva, e che talora la W. R. può persistere dopo la cura e scomparire per sè.

VII. — *W. R. e cura.*

Citron per il primo richiamò l'attenzione sulla influenza della cura sulla W. R., dopo di lui una serie di AA. (Blaschko, Hoehne, Loeper, Müller, Pürkhauer, Boas) seguì pazientemente numerosi casi trattati e compilò delle statistiche; essi trovarono che su 525 casi di sifilide in 311 la cura avea agito diminuendo o facendo scomparire la W. R. positiva mentre in 214 la W. R. non era stata influenzata. Si poteva pure concludere che nei 214 casi che clinicamente erano guariti, ma in cui la W. R. era rimasta positiva, la sifilide ancora rimaneva attiva, pronta, dopo la cura a dare recidive, e la clinica certo non si sarebbe potuta opporre ad una tale conclusione. Senonchè Boas pensò che più che guardare alla qualità della reazione poteva essere utile badare alla quantità della reazione stessa ed egli potè seguire in molti sifilitici l'andamento della W. R., usando dosi differenti di siero; ed egli potè notare in alcuni casi per esempio che un siero il quale dava prima W. R. + con dosi eguali a 0.05, 0.10, 0.15, 0.20 dava dopo qualche tempo W. R. negativa con 0.10 di siero, poi con 0.15 infine anche con 0.20; egli potè stabilire *che in qualunque stadio ed in tutti i sifilitici, la cura indebolisce o fa scomparire la W. R.*

Non v'ha accordo completo sull'argomento nè sulla costanza, nè sulla rapidità di scomparsa, e prima di cercare la interpretazione del fenomeno bisogna cercare nei resultati quanto v'è di ormai inoppugnabile. Quando si parla di cura antisifilitica bisogna intendersi sul rimedio usato, sulla dose adoperata, sul tempo nel quale la stessa dose è stata adoperata. Non è indifferente usare lo joduro, il mercurio, l'arsenico o tra questi il neo ed il salvarsan, nè è indifferente usare dosi minime, o forti dosi somministrate in piccole quantità per lungo periodo di tempo. Così come le manifestazioni della sifilide, nello stesso modo la W. R. segue lo andamento della cura. Mentre lo joduro e l'arsenico non modificano affatto o in minimo grado la reazione di Wassermann, il mercurio e il salvarsan o tutti e due i medicamenti contemporaneamente usati determinano costantemente la diminuzione prima, la scomparsa poi della reazione di Wassermann.

Boas col suo metodo non ha trovato nessun sifilitico conservare la reazione positiva completa dopo la cura, neppure i paralitici progressivi, anzi, egli trova che a breve scadenza di tempo (egli parla di W. R. negative subito dopo la cura o 4-5 settimane dopo) l'effetto è chiaro. Non del medesimo parere sono tutti gli AA.: Purkhauer e Müller p. es. trovano che la W. R. è, principalmente e rapidamente influenzata nel periodo secondario, meno nettamente nel periodo terziario, Blashko non trova differenze apprezzabili come Boas, ma questi attribuisce i suoi resultati al metodo d'esame dei sieri in dosi progressive.

La mia esperienza s'è diretta specialmente sui casi di sifilide tardiva degli organi, o sui casi di lues latente: devo confessare che i casi con Wassermann nettamente positiva, curati o non precedentemente, assoggettati a cure intense mercuriali (10 cgr. di calomelano ogni 8 giorni per due mesi) o di salvarsan gr. 2.20 per via endovenosa in 21 giorni o di neosalvarsan gr. 3.30 in media in 21 giorni) hanno presentato sempre W. R. positiva durante e subito dopo la cura; sicchè in primo tempo io avevo rinunziato alla possibilità che la W. R. potesse rappresentare una guida o un sintoma della sifilide, guida curativa, o un sintoma da combattere. Senonchè su individui rientrati nell'ospedale per malattie intercorrenti, o su altri che, per mio consiglio, specie dopo la cura salvarsanica, sono venuti a farsi rivedere dopo un certo periodo di tempo, ho potuto constatare un indebolimento della reazione, e poi la scomparsa di essa; nessuna altra cura nel frattempo: di questi casi puri, difficili a seguire per lungo tempo, io posso presentare i seguenti:

1. — F... S..., moglie di soggetto morto per taboparalisi. Mai curata prima della W. R. ++++ nel settembre 1913. Curata con 4 iniezioni di neosalvarsan, gr. 2.30 per 21 giorni. W. R. +++ nel gennaio 1913. Negativa nel maggio 1914.

2. — D... V..., operaio, in ospedale per disturbi gastrointestinali. Gangli inguinali e laterocervicali sospetti, confessa ulcera un anno fa; cura 50 sublimato, 6 calomelano. W. R. ++++ 4 aprile 1913. 4 iniezioni di neosalvarsan gr. 2.30 in 21 giorni. W. R. +++ 13 maggio 1913. W. R. + febbraio 1914. W. R. negativa luglio 1914.

3. — V... E... Lues. Periostiti multiple. Cheratite parenchimatosa. Di anni 24. È ricoverato il 28 maggio 1913, al IV Padiglione. Ha contratto ulcera 4 anni fa. Sul finire del 1912 ha praticato 2 iniezioni di neosalvarsan nell'Ospedale di San Gallicano. Wassermann ++++. Si praticano 3

iniezioni di neosalvarsan (0.60, 0.90, 0.90) endovenose dal 2 al 18 giugno. Rientra nell'ospedale il 17 aprile 1914. W. R. negativa.

4. — P... A... Sclerosi polmonare. Malato da molti anni con tosse ed espettorato purulento. Da molti medici diagnosticato tbc. polmonare. Sclerosi totale polmone sinistro con bronchiectasie. Sputi negativi per il b. di Koch. Wassermann ++++. Cura neosalvarsanica (3.30 gr. in 21 giorni) 20 luglio 1913. Rientra nell'Ospedale il 4 maggio 1914. Reazione di Wassermann *negativa*. Racconta che in questo frattempo era stato ricoverato in altro Ospedale dove avendo trovato W. R. +, gli era stata praticata una nuova cura neoarsenobenzolica.

5. — F... A..., di anni 18. Tonsillite luetica. Diabete insipido. 8 gennaio 1913. W. R. ++++ dal 2 febbraio al 30 marzo 80 cgr. di calomelano per via intramuscolare. 10 aprile W. R. ++++. L'11 aprile neosalvarsan 0.60, endovenosa. Esce dall'Ospedale 29 maggio W. R. ++++.
Rientra il 23 luglio 1913. Dal 25 luglio al 9 agosto neosalvarsan (endovenoso) gr. 2.55 in 3 iniezioni (0.90 + 0.90 + 0.75) e W. R. +++. Febbraio 1914 W. R. negativa.

6. — V... G... Lues, anni 55. Viene all'Ospedale per bronchite. Sifilide a 22 anni curata con 70 iniezioni di sublimato. 10 aprile R. W. ++++ curata con 2.30 neosalvarsan. 29 maggio R. W. +++. Dicembre R. W. ++. Marzo R. W. negativa.

7. — M... L..., vetturino di anni 39. Nega lues, viene all'Ospedale il 27 luglio 1913 per emottisi. Disfonia. Sputi negativi. Esame del torace negativo (30 luglio). Esame laringoscopico: stato catarrale della regione interaritenoidea. Cutireaz. +. Espettorato (antiformina) negativo. 16 agosto W. R. ++++. Dal 18 agosto al 1° settembre 3 iniezioni di neosalvarsan (0.60 + 0.90 + 0.90 = gr. 2.40). W. R. ++++.
Rientra nell'Ospedale il 18 marzo 1914 per emottisi: la W. R. è negativa. Espettorato negativo. Esame radiografico negativo.

8. — ......, medico. Ulcera contratta marzo 1913. Roseola aprile. W. R. ++++. 1ª cura neosalvarsanica 3.20 gr. Cura mercuriale. 2ª cura neosalvarsanica 3.20 maggio 1914. Luglio W. R. = negativa (emolisi ritardata).

Da questi otto casi che ho potuto seguire, trascurando quelli in cui ho visto la reazione divenire meno netta ma che poi ho perduto di vista, si può concludere che nella sifilide degli organi, o nella sifilide tardiva latente, la W. R. persiste positiva durante la cura, quasi sempre con lo stesso grado; poi, se pur si tralascia la cura, la W. R. a poco a poco s'indebolisce, e finisce con la scomparsa. In qualche raro caso ho potuto assistere alla permanenza della W. R. completa a malgrado della cura intensa anche dopo 8 mesi, così in

L... R..., impiegato. Curato fin dal 1° luglio 1913, in seguito ad accidente iniziale, con manif. secondarie con 7 iniezioni di salicilato di mercurio al 5 %, e con due dosi di neosalvarsan da 0.60 (5-14 agosto) W. R. positiva prima e dopo la cura, dal 24 settembre 1913 al 7 ottobre 1913. 3 iniezioni endovenose di neosalvarsan (0.75, 0.50, 0.90) il 18 marzo 1914 W. R. ancora positiva completa.

X... Y.., medico. Lues dieci anni fa. Curata quasi ogni anno. Talora intensamente con preparati mercuriali (calomelano in preval.). Novembre 1913. W. R. ++++. Cura neosalvarnica 3.30. Luglio 1914 W. R. +++.

Il che mi pare dimostri che in generale lentamente questo indice del processo vitale sifilitico, quale la W. R. può essere considerata, scompare quasi come alcune sostanze immunitarie dall'organismo, con l'attenuarsi o lo scomparire dell'agente della malattia.

Anche col mercurio si giunge alla scomparsa della W. R., tanto da far sospettare che la presenza dell'Hg nel sangue possa influire nel determinare la trasformazione da positiva in negativa; però con tale mezzo terapeutico nella sifilide latente, o tardiva degli organi, essa tarda a scomparire, e potrei citare casi innumerevoli di sifilitici che da poco o da mesi avevano terminato la cura antisifilitica in cui la W. R. è riuscita talora positiva completa, il più delle volte incompleta.

Mi si potrebbe opporre che la W. R. può scomparire per sè come talora senza cura alcuna specifica scompare qualche manifestazione della sifilide, ed invero credo che talora anche la W. R. possa scomparire almeno temporaneamente nei luetici; ma abbiamo il diritto di ritenere pure che non sia affatto il caso più frequente, data la grande percentuale di W. R. positive nei vecchi sifilitici non curati.

Altra obbiezione d'indole teorica, è la riattivazione della reazione dopo la cura; simile questo fatto al fenomeno apparentemente strano della riaccensione delle manifestazioni o della comparsa di nuovi segni dopo la cura antisifilitica. Notiamo anzitutto che la riattivazione della W. R. si ha dopo l'introduzione di piccole dosi di salvarsan o d'arsenico o di mercurio nell'organismo, il che fa giustamente sospettare una riattivazione d'un focolaio latente che provoca la formazione della sostanza reattiva; pensiamo talora che il primo inizio d'una cura sistematica possa coincidere con l'inizio d'una recidiva; notiamo infine che

quella stessa W. R. riattivata scompare sotto l'azione della cura efficace per concludere che il fatto non può essere portato come serio argomento contro l'opinione che la W. R., come un sintoma della sifilide, segue il decorso della malattia e rappresenta un segno d'infezione attiva.

Citron, Lesser, Blaschko, Neisser Jadashon, Hoehne, Isabolinsky, Grosser, Kraus, Marcus, Leredde e Rubinstein, sono nella opinione che W. R. positiva sia segno di sifilide attiva, e le ragioni che essi portano sono state pur ora incidentalmente da noi illustrate: essi sostengono tale opinione:

a) perchè la W. reazione compare, in maniera quasi costante, in tutte le manifestazioni della sifilide;

b) perchè essa scompare dopo la cura intensa;

c) perchè essa compare anche nella sifilide latente, in quella forma cioè che, senza sintomi, è pure atta a dare figli sifilitici o a contagiare la moglie;

d) perchè sperimentalmente si possono reinfettare le scimmie quando la W. R. è divenuta negativa, mentre riesce impossibile finchè la W. R. è positiva.

W. R. che diviene negativa. — Un ultimo problema deriva naturalmente da tutta questa serie di fatti mirabili assodati nel breve volgere di pochi anni. *Scomparsa la W. R., è spenta la infezione sifilitica?* Se la interpretazione W. R. positiva è = a sifilide attiva è esatta, è lecito sospettare che la scomparsa della reazione possa corrispondere al dileguarsi dell'infezione.

Noi finora abbiamo considerato la reazione come un sintoma di sifilide attiva, è notato che, sebbene raramente, essa, come un sintomo qualsiasi, per sè, possa scomparire anche senza cura; ma che d'ordinario, in maniera parallela alle manifestazioni della sifilide, la W. R. scompare sotto l'influenza della cura. La clinica insegna che, dileguati tutti i sintomi, nell'individuo clinicamente guarito, può mostrarsi, a breve o a lunga scadenza, una recidiva; l'esperienza insegna che sifilitici, in cui la W. R. da positiva era divenuta negativa, a breve o a lunga scadenza possono di nuovo presentare positiva la reazione; un certo parallelismo adunque tra sintomi clinici della sifilide attiva e W. R. continua anche in questo campo. Da tale parallelismo una prima conclusione generale può ricavarsi: *la W. R. che diviene negativa non rappresenta la guarigione definitiva della sifilide.* Ma perchè la tesi generale abbia sufficienti delucidazioni, adatte ai casi singoli, riferiamoci a quanto avviene nel decorso dell'infezione, dall'accidente iniziale in poi. Finchè l'infezione resta limitata nelle prime settimane nel luogo di inoculazione, la W. R. è negativa; diviene positiva non appena l'infezione si generalizza; se la cura interviene precocemente, la W. R. può rimanere negativa, mentre nessuna manifestazione clinica compare; la reazione diviene positiva se invece l'infezione, non spenta con la cura, subdolamente si svolge, anzi la reazione suole precedere manifestazioni clinicamente apprezzabili, o la recidiva; quasi che la quantità di sostanza reattiva necessaria a dare la reazione si accumuli a sufficienza nel siero, prima che le manifestazioni segno di localizzazione, compaiano.

Fischer, Blumenthal e Roscher hanno trovato che talora la recidiva può aversi anche senza che la W. R. ridivenga positiva, e ne inducono che la reazione sia un fenomeno transitorio, al quale è pericoloso attribuire un significato pronostico.

Citron e Blaschko invece hanno trovato che in occasione della recidiva, la W. R. ridiventa positiva, e Boas che ha voluto controllare i resultati contrarii, trovò su 113 pazienti, di cui dieci ebbero recidiva, che questa fu accompagnata da ripristinazione della W. R.; in un solo paziente anzi, in 6 recidive, ogni volta la reazione, divenuta negativa con la cura, ricompariva come positiva prima delle manifestazioni; solo eccezionalmente in alcuni casi la W. R. rimase negativa a malgrado della recidiva. Continuando le ricerche su questo indirizzo, egli trovò che di 143 pazienti curati, in 35, dopo la cura, la reazione, pure attenuandosi, non scomparve; di questi 35, 13 furono perduti di vista, 14 di nuovo curati, 7 nello spazio di un mese riebbero recidiva: l'osservazione di Boas dimostrerebbe che la persistenza della W. R. dopo la cura è con grande probabilità indizio di recidiva, e segno indicatore di nuova cura.

I risultati delle nostre ricerche contrastano non poco con quelli di Boas: specialmente nella sifilide latente o degli organi, pur dopo cure intense la W. R. persiste per 8-9 mesi; nuove recidive non compaiono, la W. R. poi si attenua e diviene negativa, e l'esame clinico riesce negativo. Non si può quindi prendere le mosse nell'intraprendere o nel continuare le cure, dalla sola visione di una W. R. positiva, ma bisogna considerarla in rapporto con il

periodo della lues, con le cure fatte, col tempo trascorso dall'ultimo periodo di cura: R. W. positiva si può ad es. ritrovare in sifilidi antiche ben curate, per un certo periodo, in cui la sifilide è con ogni verosimiglianza estinta.

Nè d'altra parte la scomparsa della W. R. può lasciar tranquillo il medico sull'avvenire del sifilitico: basterà ricordare, che recidive si possono avere senza che la sostanza reattiva si metta in libertà nel siero in quantità sufficiente da dare la reazione, come se la cura fosse spesso sufficiente solo a ridurre l'estensione e l'entità dell'infezione, sicchè si riduce al minimo la fonte della sostanza reattiva.

Nel criterio che ci guida nella cura dei malati, i quali presentino eclatanti manifestazioni o alterazioni gravi di funzioni, noi ci lasciamo guidare nel giudizio sull'efficacia dei nostri rimedii, dalla scomparsa rapida dei sintomi o dal ripristino delle funzioni lese; però l'esperienza insegna che in molte malattie non basta aver ragione dell'episodio per dichiarare definitiva la guarigione; porto come esempii l'accesso malarico, di reumatismo articolare, la manifestazione sifilitica: in queste malattie recidivanti, tutta la svariata sindrome clinipuò tacere, eppure la malattia ancora subdolamente covare: ora la W. R. è un sintoma in più per giudicare della guarigione del malato, un sintoma che suole talora persistere anche quando gli altri più non esistono; esso è prezioso quindi come guida ed indice, quando in sifilitici, per esempio, che hanno esaurito lunghe e razionali cure, persista anche dopo un anno, per indicare che la malattia e quindi la terapia non sono finite; mal si apporrebbe quel medico però che nella negatività della reazione cercasse l'unica guida biologica della cura, perfino la recidiva può presentarsi senza che la reazione sia positiva di nuovo.

La W. R. non deve essere considerata come guida unica e infallibile, solo può rappresentare nella mente del medico oculato un valido ausilio in più per tenere in osservazione il malato già curato, nel modo e nella misura che la lunga esperienza ha insegnato.

Solo con la nozione esatta del grande valore diagnostico della W. R., e con la netta percezione di quel poco che la reazione dà per la prognosi della malattia, si può utilizzare, senza esagerazioni, un prezioso mezzo d'indagine che la ricerca di laboratorio ha fornito alla clinica.

CONCLUSIONI.

a) La W. R., eseguita secondo la tecnica dettata da Wassermann deve essere interpetrata come positiva, solo quando la deviazione del complemento è completa o quasi (W. R., + + + +, W. R. + + + degli AA.); fanno eccezione i sifilitici curati nei quali hanno grande valore anche i resultati positivi incompleti (W. R. +, W. R. + +).

b) La W. R. negli individui sani è costantemente negativa.

c) Nella sifilide, nella lepra tuberosa, nella framboesia è in altissime percentuali positiva.

d) Nelle altre malattie la W. R. è negativa; solo raramente due malattie (malaria e scarlattina) dànno reazione positiva, eccezionalmente affezioni croniche epato-renali, carcinomi con metastasi dànno resultato positivo, sono frequenti in queste malattie le deviazioni parziali del complemento (W. R. +, lievi o incomplete).

c) La W. R. non è reazione specifica; essa è però caratteristica della lues, data la facilità clinica nel differenziare le malattie che possono avere la reazione comune.

f) W. R. negativa non ha valore probativo contro la lues, lo acquista in quelle affezioni che nel 95-100 % dei casi suole dare resultati positivi (es. paralisi progressiva).

g) La W. R. deve esse considerata come il sintoma più costante di sifilide.

h) W. R. positiva è segno di sifilide attiva; si attenua o scompare con la cura rapidamente (sifilide recente) o lentamente (sifilide tardiva), ricompare con la recidiva.

i) La W. R. che diviene negativa non vuol dire sifilide guarita, ma si aggiunge ai criteri clinici per giudicare della guarigione della malattia; essa si aggiunge e si associa ai sintomi clinici per sorvegliare utilmente il sifilitico dopo la cura

BIBLIOGRAFIA.

ARNING. Refer. Münch. mediz. Woch., 1908, n. 51; Deut. med. Woch., 1909, n. 13.

BERING. Münch. med. Woch., 1908, n. 48; Arch. für Dermat. und Syph., 1909, Bd. XCVIII, Heft 2-3.

BLASCHKO. Mediz. Klinik, 1908, n. 31; Deut. med. Woch., 1909, n. 9; Arch. f. Derm. u. Syph., 1912, Bd. 113, S. 143-168.

DE BLASI. Annali igiene sperim., vol. XVII, p. 677.

CITRON. *Handbuch der Technik u. Meth. der Immunitätsforschung* (KRAUS u. LEVADITI). Bd. 2, S. 1076-1135.

BLUMENTHAL. Ref. Med. Klinik., 1910, n. 5.
BLUMENTHAL u. ROSCHER. Med. Klinik, 1909, n. 7.
BRUCK. Arch. f. Derm. u. Syph., 1908, Bd. XCI, S. 337-354.
BRUCK u. STERN. Deut. med. Woch., 1908, nn. 10-11-12.
FISCHER. Mediz. Klinik, 1908, n. 5.
FISCHER. u. MEIER. Deut. med. Woch., 1907, n. 52.
GROSZ u. VOLK. Wien. klin. Woch., 1908, n. 17. 1908, n. 14.
HOEHNE. Deut. med. Woch., 1908 n. 26; Berl. klin. Woch. 1908, n. 38; Med. Klinik, 1908, n. 47; Berl. klin. Woch., 1909, n. 19; Derm. Zeitschr., 1909, maggio.
HOFFMANN. Derm. Zeitschr., 1908, S. 23-26.
M'INTOSH. Lancet, 1909; Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1910, Bd. 5, H. I.
KREFTING. Berl. klin. Woch., 1910, n. 16.
LEDERMANN. Mediz. Klinik, 1909, n. 12.
LESSER. Deut. Mediz. Woch., 1909, n. 9; Dermat. Zeitschr., 1910, S. 504.
MARCUS. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 114, S. 341-343.
MEYER K. Folia Serologica, Bd. V, H. 1.
MEYER L. Referate Berl. klin. Woch., 1909, n. 22; Deut. Med. Woch., 1910, n. 38.
MÜLLER. *Die Serodiagnose der Syphilis (ihre Bedeutung für Diag., Ther. und Prognose)*. Berlin, 1913, Urban u. Schwarzenberg.
NOGUCHI. Journ. of Amer. medic. Assoc., 12 June 1909; Munch. med. Woch., 1910, n. 26.
WASSERMANN A. Berlin. klin. Woch., 1907, n. 1; 1907, n. 50; Wien. klin. Woch.,1908, n. 12; 1908, n. 21; Brit. Med. Assoc., 1910.
WASSERMANN A. u. MEYER. Münch. med. Woch., 1910, n. 24.
WASSERMANN M. u. MEYER. Deut. med. Woch., 1907, n. 32.
GELARIE. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 100, S. 269.
BOAS H. *Die Wassermansche Reaktion (Ihrer klin. Werwertbark)*. Berlin, 1914, S. Karger.
BRUHNS u. HALBERSTAEDTER. Berl. klin. Woch., 1909, n. 2.
FRAENKEL. Refer. Mon. f. prakt. Dermat., 1909, n. 1.
FRAENKEL u. MUCK. Münch. med. Woch., 1908, n. 12.
KLAUSNER. Wien. klin. Woch., 1908, n. 11-13.
MUCH u. EICHELBERG. Med. Klinik, 1908, n. 18-39.
FUA u. KOCH. Wien. klin. Woch., 1909, n. 15.
WEIL u. BRAUN. Wien. klin. Woch., 1908, n. 17.
ELIAS. Wien. klin. Woch., 1908, n. 18.
NEWBER. Arch. f. Derm. u. Syph., 1911, Bd. 105, n. 1-2.
PORGES. Refer. Wiener klin. Woch., 1908, n. 6.
CAAN. Münch. mediz. Woch., 1911, n. 14.
MEYER. Jahresbericht über d. Ergbn. d. Immunitätsforsch. 1909, Bd. V, S. 140.
VALERIO. La Riforma Medica, 30 gennaio 1911.
FERRARI e GIOSEFFI. Riv. di biochim. e ter. sperim., 1911, n. 3.
FRUGONI. Arch. f. Dermat. u. Syph., 1909, Bd. XCV, H. 2-3.
MILIAN. Sem. méd., n. 52; Soc. méd. d. Hôp., 1912, 5 giugno; 1912, 29 novembre.
MARIE et CHATELIN. Bullet. méd., 1912, n. 98.
DUFOUR. Sem. méd., 1913, n. 9.
PURCKHAUER. Münch. med. Woch., 1909, n. 14.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La clinica della vagotonia.

(NEUGEBAUER. *Wiener klinische Woch.*, 1914, n. 28).

Col nome di vagotonia si indica una neurosi caratterizzata dal fatto che in conseguenza di uno stimolo, che in individui a sistema nervoso integro è senza alcuna o solo lieve reazione, si ha tutta una serie di accentuati sintomi obbiettivi, di dolori e di disturbi subbiettivi spesso abbastanza gravi.

Il quadro della costituzione vagotonica è stato minutamente descritto da Eppinger ed Hess. L'A. in questo lavoro intende mettere in evidenza solo alcuni fattori e fenomeni clinici poco noti.

In base al proprio materiale di osservazione il Neugebauer ha potuto stabilire i seguenti caratteri generali della neurosi in quistione: si tratta per lo più di individui giovani, ambo i sessi vi partecipano ugualmente; essi sono quasi sempre di costituzione molto debole e con segni evidenti di uno stato ipoplastico. Già nel raccogliere l'anamnesi colpisce spesso il rapido mutare del colorito del volto, spesso si riscontra inoltre un forte arrossamento a mo' di macchie sul volto e sul tronco, frequentemente un evidentissimo dermografismo, che talora è così marcato, che le parole scritte sulla pelle, ad es. sul dorso, rimangono chiaramente leggibili anche dopo una buona mezz'ora; più raro è il segno di Gräfe. La respirazione presenta spesso anomalie, nelle quali da una parte appaiono cambiamenti di posizione del diaframma e dall'altra disturbi asmatici con o senza i primi. Molti pazienti accusano al medico disturbi a carico del cuore. Alla semplice ispezione della regione cardiaca si nota un'azione disordinata, il battito della punta è chiaramente sollevante, ed all'ascoltazione si riscontrano i toni accentuati tutt'al più con un rumore accidentale, ma senza alcun segno di vizio organico. Molteplici sono i disturbi a carico dello stomaco: mancanza di appetito, eruttazioni, le quali possono essere insipide o addirittura brucianti, conati di vomito, vomito.

Da parte dell'intestino si ha spesso costipazione, raramente diarrea, più spesso l'una e l'altra alternantesi.

Per quel che riguarda più particolarmente i disturbi dell'attività cardiaca si nota: nel maggior numero dei casi ad ammalato coricato una bradicardia, fino a 48 battiti al minuto

primo, mentre con l'alzarsi la frequenza sale a 100 ed anche più, per ridiscendere però subito a circa 60-70 pulsazioni. L'A. ebbe di recente occasione di osservare un caso di vagotonia in un soldato di 23 anni, nel quale l'attività cardiaca in posizione coricata raggiungeva 100 battiti, mentre con l'alzarsi compariva un'accentuata bradicardia. Ad ogni modo casi simili sono assolutamente eccezionali, la regola è formata dal primo tipo su descritto. In un gran numero di vagotonici il sintoma di Erben è chiaramente positivo: un polso di 100 battiti a posizione eretta discende a 60 ed anche meno quando il paziente si piega in avanti. Quasi in ogni caso di vagotonia il fenomeno di Aschner è positivo: la pressione sui bulbi oculari provoca bradicardia, che in una parte dei casi si stabilisce rapidamente, in altri lentamente. La bradicardia così provocata può essere tanto accentuata da raggiungere i 36 battiti al minuto primo; in parecchi casi immediatamente dopo la presentazione del fenomeno il polso radiale cessa completamente per 10-12 secondi e contemporaneamente cessa ogni manifestazione ascoltatoria dell'attività cardiaca; dopo circa 6-7 secondi compare un pallore cadaverico sul volto del paziente, che cade incosciente al suolo.

Cessando la pressione sui bulbi l'attività cardiaca ritorna dopo pochi secondi insieme ad un'abbondante sudorazione, purtuttavia la bradicardia dura ancora lungo tempo; durante la sincope ed immediatamente dopo la respirazione è frequente e superficiale. L'A. ha osservato due casi, nei quali non vi fu sincope ma si ebbe un evidente conato di vomito; ed in un caso durante la pressione oculare oltre alla bradicardia ed alla sudorazione vi fu anche vomito di residui alimentari.

Di fronte a questi casi estremi di regola vi sono quelli nei quali insieme alla bradicardia v'ha piccolezza del polso ed i toni cardiaci, che prima erano molto netti, diventano alquanto deboli. Importanti modificazioni del ritmo cardiaco si hanno anche per la influenza della respirazione. Così si può avere il polso irregolare respiratorio per eccellenza: nella inspirazione profonda si ha nella prima parte un acceleramento dell'attività cardiaca, che nella seconda metà raggiunge il suo massimo, e verso la fine della inspirazione o gradatamente o in un certo numero di casi improvvisamente si manifesta nettamente la bradicardia. Quest'ultima si conserva per tutta la durata dell'espirazione e solo verso la fine si trasforma in tachicardia. D'altra parte durante la espirazione il polso è più ampio e più forte; nell'inspirazione invece diventa piccolo e spesso al principio dell'esame il polso può mancare in una o in tutte e due le radiali contemporaneamente. Infine possono verificarsi anche delle extrasistoli, che spesso dànno una certa preoccupazione all'infermo. Tanto la bradicardia come le extrasistoli dipendono da uno stato di eccitamento del vago, infatti esse scompaiono con la somministrazione di atropina.

Un altro organo, la cui funzione è disturbata nella vagotonia, è lo stomaco. Il cardiospasmo è un fenomeno raro, ma appunto perciò se ne deve fare special menzione, perchè in tali casi il medico non pratico può facilmente confondersi. Vomiti e conati di vomito, come si è detto, si riscontrano molto facilmente nei vagotonici.

L'esame dello stomaco col pasto di prova mette in evidenza un certo grado di iperacidità. Spesso oltre al senso di bruciore, di pressione e di pienezza nella regione dello stomaco un quarto o mezz'ora dopo il pasto si ha vomito o conato di vomito.

L'esame con i raggi Röntgen conduce alla diagnosi di pilorospasmo, che dopo la iniezione di un'adeguata dose di atropina scompare, ciò che dimostra la natura nervosa del disturbo. In taluni casi, veramente rari, si ha la formazione di uno stomaco a clessidra, spesso alla radioscopia si trova anche un aumento della peristalsi gastrica. Da quanto si è detto si deduce quanto siano multiformi i disturbi a carico dello stomaco. S'incontrano grandi difficoltà per la diagnosi differenziale tra la neurosi gastrica (vagotonica) e l'*ulcus ventriculi*: innanzi tutto bisogna notare, che quando manca il dato dell'ematemesi, anamnesticamente i due quadri morbosi sono uguali; in ambo le malattie inoltre può esistere iperacidità ed il criterio terapeutico dell'atropina può aiutare poco, perchè tanto nella neurosi che nell'ulcera dello stomaco questo medicamento giova. Anche l'esame radioscopico non sempre dà dei risultati positivi per una sicura diagnosi differenziale.

Da parte dell'intestino si riscontra, come già si è detto, prevalentemente costipazione, che è caratterizzata dal fatto che spesso è accompagnata da dolori ora diffusi a tutto l'addome, ora localizzati al colon. Alla palpazione si trova specialmente il colon discendente a forma di cordone, dolente alla pressione, mentre il cieco ed il colon ascendente in un certo numero dei casi si presentano contratti ed in altri casi dilatati e guazzanti. La defecazione si verifica spesso con parecchi giorni d'intervallo, e le feci sotto forma di palle dure sono emesse con un certo dolore. Questo in grandi linee il quadro corrispondente a quello descritto da mol-

ti autori (Mathieu, v. Noorden, Simon, ecc.) sotto il nome di stipsi spastica. In seguito alla costipazione si osserva talora diarrea, che si verifica per il fatto che le masse dure irritano la mucosa intestinale producendo un aumento della secrezione della mucosa e quindi scariche diarroiche. In questi casi all'esame delle feci insieme ad abbondanti parti liquide si riscontrano masse fecali molto dure e più o meno grandi.

Queste diarree « false » o diarree-stipsi possono alternarsi con stati di stipsi assoluta, o esistere isolate fin dal principio, per modo che all'anamnesi si trova che dal paziente sono stati adoperati diversi medicamenti atti ad eliminare il disturbo, come oppio o bismuto. Ma da quel che si è detto appare evidente che un tale trattamento può aggravare ma non far migliorare l'affezione, mentre i preparati di belladonna dànno migliori successi. Talora i disturbi vagotonici sono erroneamente attribuiti ad un'appendicite e qualche volta si è ricorsi anche all'operazione, in seguito alla quale non si è trovato alcun'alterazione dell'appendice. D'altra parte all'operazione non è seguìto un miglioramento dei disturbi che affliggevano il paziente.

La vagotonia infine può dar luogo a disturbi dismenorroici. In questi casi si verifica un'accentuata irregolarità dei periodi mestruali: spesso gl'intervalli sono brevissimi, le emorragie sono abbondanti ed accompagnate da dolori spasmodici al bacino ed al sacro. La diagnosi esatta di queste forme di dismenorrea è importante per il criterio terapeutico, poichè, anche in questi casi è vantaggioso l'uso dell'atropina.

DRAGOTTI.

CHIRURGIA.

L'attuale trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare.

(N. LAPEYRE. *Arch. génér. de Chir.*, aprile 1914).

L'idea direttiva dei tentativi chirurgici per la cura della tubercolosi polmonare ha variato fra tesi le più diverse, talvolta anche opposte; ma al giorno d'oggi quella che domina il campo, che sembra la migliore, è di porre in riposo l'organo: collassoterapia. Tuttavia accanto a questa esistono numerose altre proposte di intervento che è necessario per lo meno citare.

I. — METODI CHE REALIZZANO IL COLLASSO DEL POLMONE.

Si è cercato di ottenere lo scopo suddetto in tre modi:

1° *Creando e mantenendo un pneumotorace artificiale;*

2° *Mobilizzando la parete toracica: toracoplastica;*

3° *Comprimendo il polmone dopo scollamento pleuroparietale.*

1° *Pneumotorace artificiale - Metodo Forlanini.*

Partendo dal fatto clinico ben stabilito che la produzione di un pneumotorace spontaneo arresta talvolta il progresso della tubercolosi polmonare, Forlanini proponeva nel 1882 di creare artificialmente queste condizioni: la applicazione di queste idee veniva fatto per la prima volta solo dieci anni dopo, ma rapidamente si diffondeva in tutte le nazioni, sicchè oggi si può contare sopra una larghissima esperienza documentata in una ampia letteratura.

Tecnica e accidenti. Mi sembra inutile insistere ancora sulla tecnica ormai a tutti nota. Citerò per sommi capi: che luoghi d'elezione per la toracentesi sono la regione ascellare anteriore superiormente ed esternamente al capezzolo e la linea ascellare posteriore nel III e nel IX spazio, fermo restando il punto essenziale di scegliere una zona libera da aderenze; che gli apparecchi numerosi immaginati si giovano assai dell'aggiunta di un manometro, che permette di sapere se l'ago è nel polmone, in un bronco o nella cavità pleurica; che la quantità di gas da iniettare varia secondo i varii AA. da 2-300 (Forlanini) a 1800; che, una volta iniziato, è facile rendere totale e anche leggermente compressivo il pneumotorace, per mezzo di nuove insufflazioni abbastanza ravvicinate (le nuove punture sono sempre più facili in quanto è meno temibile la lesione del polmone); che è opportuno un controllo radioscopico dello stato di retrazione del polmone; che la durata del trattamento deve essere assai lunga, di anni.

Generalmente le iniezioni d'azoto sono ben sopportate, ma in qualche caso, alla prima o alle successive insufflazioni, sono insorti degli accidenti assai gravi (convulsioni, paralisi, perfino morte) che sembrano dovuti a embolia gassosa mentre altri li spiegano con l'esistenza di un riflesso pleurico o come accidenti anafilattici. Giova dire però che tali fatti sono assai rari, anzi eccezionali specie quando si lavori con strumenti perfezionati.

Indicazioni e controindicazioni. Il metodo sembra indicato in qualche caso di tubercolosi acuta unilaterale: ma è la caverna isolata che sembra ne tragga il maggior benefizio.

Al contrario esso è formalmente controindicato quando esistono lesioni nette del polmone dell'altro lato (che è chiamato a una iperfunzione); e non è applicabile quando esistano estese aderenze pleuriche.

Risultati. Effetti immediati eccellenti: vera risurrezione del malato: miglioramento nell'espettorazione, nell'appetito, nelle forze, nel peso, nella febbre. Ma è raro che tale miglioramento persista a lungo: oltre alla comparsa di un versamento pleurico che è quasi la regola, dopo pochi mesi si può assistere a un attacco del polmone dell'altro lato, che porta presto la morte. Le guarigioni vere e proprie sarebbero assai rare: 12-16 % secondo gli autori francesi.

2° *Toracoplastiche.*

Quando esistano aderenze pleuropolmonari che l'insufflazione non può vincere, il metodo Forlanini non è in grado di raggiungere lo scopo. Data l'unione intima del polmone alla parete toracica si potrà provocare il collasso polmonare solo mobilizzando quest'ultimo, per mezzo della toracoplastica.

a) *Toracoplastiche limitate.* All'inizio le resezioni costali furono assai economiche, e avevano semplicsemente lo scopo di deprimere la caverna polmonare e ottenere l'accollamento delle sue pareti. Si cominciò col resecare una costa (De Cerenville, Bier) e si arrivò fino a 4-6 coste (Lamderer) per una estensione di 8 cent. Tutti questi tentativi non hanno dato risultati incoraggianti.

b) *Toracoplastiche estese.* Ispirandosi alle idee teoriche di Brauer, Friedreich, nel 1907, propone con resezioni costali assai estese, di ottenere non solo l'accasciamento della caverna, ma anche il collasso di tutto l'organo per realizzare l'esclusione respiratoria del polmone: *pleuropneumolisi totale*: resezione di tutte le coste dalla 2ª alla 10ª. Le indicazioni stabilite dal Friedreich stesso sono: 1°) tubercolosi fibrocavitarie a predominanza unilaterale e decorso progressivo, non acuto; 2°) soggetti giovani e resistenti; 3°) esistenza di sinfisi pleurale estesa. È netta controindicazione la presenza di tubercolosi acuta a decorso rapido e di localizzazioni viscerali.

I risultati, a prescindere da disturbi circolatori e respiratori immediati, tutt'altro che rari, non sembrano andare più in là di qualche miglioramento. Nel 1911 l'A del metodo riferiva i risultati di 31 operazioni: 8 morti e negli altri miglioramenti datanti nella maggior parte da non più di un anno.

Riassumendo: intervento assai grave e mutilante; indicazioni limitatissime; effetto di semplice miglioramento più o meno lungo.

Sauerbruch data la gravità delle operazioni di Friedreich propone degli interventi più limitati con anestesia locale: corta resezione sull'ascellare posteriore delle coste dalla 2ª alla 10ª: 24 interventi; 1 morte rapida, 2 morti dopo 4 e 9 mesi, 2 guarigioni, 8 miglioramenti, 2 insuccessi, 4 sulla via di miglioramento.

Infine Wilms nel 1912 propone la « resezione a colonna » cioè sezione di tutte le coste posteriormente e anteriormente sì da ottenere l'accasciamento in blocco della parete costale: operazione da eseguire in due tempi; sotto anestesia locale. Su 24 osservazioni: 4 buoni risultati (caverne apicali); tre morti, negli altri miglioramenti di durata variabile. A ogni modo si otterrebbero gli stessi benefizî che con l'operazione di Friedreich ma con un intervento assai meno grave (12.5 % di mortalità).

3° *Scollamento pleuroparietale - Pneumolisi.*

Metodo ideato da Tuffier. Consiste nello scollamento del foglietto parietale della pleura cominciando da una incisione che viene praticata lungo tutto il secondo spazio intercostale e risalendo verso l'apice polmonare, liberando completamente tutta la cupola pleurale. Si forma così una cavità estrapleurale voluminosa che bisogna riempire: Tuffier ha utilizzato a questo scopo: frammenti di fibroma, epiploon, pasta di Beck, paraffina bismutata. Su 15 malati in 10 ha ottenuto abbassamento della temperatura e notevolissima diminuzione dell'espettorazione e della tosse.

Baer ha adoperato della paraffina bismutata con l'aggiunta di vioformio: su due malati uno è morto 6 settimane dopo per meningite l'altro è assai migliorato.

Iossen che ha usato un miscuglio di cera, vaselina, carbonato di magnesia e acido salicilico, ha ottenuto nei 6 malati che ha operato un notevole miglioramento.

Nonostante i buoni risultati citati il pochissimo tempo che è trascorso ci fa ancora dubbi nel proclamare l'efficacia del metodo.

II. — METODI DIVERSI CHE NON SI PROPONGONO IL COLLASSO POLMONARE.

a) *Interventi diretti sul polmone.*

1° *Iniezioni modificanti.* Hanno lo scopo di ottenere una zona di sclerosi attorno al focolaio malato. Sono state fatte con varie sostanze, ma specialmente con tintura di iodio. Nessun risultato.

2° *Pneumotomia*: apertura e drenaggio delle caverne. La tecnica ne è semplice: toracotomia con o senza resezione costale; sutura dei due foglietti pleurici se mancano aderenze; pneumotomia al termocauterio; eventualmente raschiamento leggero o causticazione del cavo; tamponamento antisettico e drenaggio. Sono

state osservate le seguenti complicazioni: emorragia; embolia gassosa; morte per arresto respiratorio o per sincope; complicazioni settiche.

Lo scopo sarebbe di diminuire la virulenza delle associazioni microbiche e impedire l'assorbimento di prodotti tossici. I risultati non sono stati incoraggianti. È stata abbandonata.

3° Pneumectomia. Nei casi in cui il focolaio è limitato specialmente all'apice la resezione dei tessuti alterati potrebbe essere il trattamento ideale e logico. Pochi tentativi sono stati fatti su questa via nonostante che sembra sia seguìta da successo. Tuffier ebbe una guarigione della durata di 7 anni; Stretton di 6 anni; Mc Ewen presentava al Congresso di Londra del 1913, un malato la cui guarigione datava da 18 anni.

b) *Interventi indiretti.*

1° *Stasi iperemica.* Applicazione del metodo di Bier. Scarsissima esperienza.

2° *Legatura dei vasi polmonari allo scopo* di ottenere la sclerosi dell'organo. Sauerbruch l'avrebbe praticata due volte, ma facendola seguire da resezioni costali per ottenere buoni risultati.

3° *Sezione del simpatico dorsale*: 2ª, 3ª, 4ª radice: Alvarez.

Il numero delle osservazioni relative a questi tre processi è troppo ristretto per esprimere su di essi un giudizio.

4° *Operazione di Freund.* Questo A. pensa che la tubercolosi dell'apice è dovuta alla malformazione del 1° arco costale per raccorciamento della cartilagine. Egli basa le sue vedute sulla esistenza del solco di Schmorl e sui reperti di autopsia, che dimostrerebbero da una parte la frequente coesistenza del raccorciamento cartilagineo e della tubercolosi (il che sarebbe stato constatato anche da 37 osservazioni cliniche); dall'altra la presenza frequente di rottura delle cartilagine, con conseguente pseudartrosi, in tubercolosi guarita. Bacmeister poi restringendo artificialmente nei conigli l'orifizio superiore del torace, otteneva la localizzazione della tubercolosi all'apice. Ma Moriston Davis in uno studio recente (1913) nega l'attendibilità delle conclusioni di Freund. Comunque in base alla opinione suesposta Freund propose di sezionare la 1ª cartilagine costale interponendovi poi un lembo di tessuto muscolare. L'intervento è stato tentato 9 volte e avrebbe provocato in tutti la guarigione. Ma è da notare che i malati non furono seguiti per un tempo sufficiente e che non furono trascurati tutti i comuni trattamenti igienico-medicamentosi, compreso il soggiorno in sanatorî.

Conclusioni.

Al giorno d'oggi il trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare sembra dunque limitato quasi esclusivamente a quei metodi destinati a provocare il collasso del polmone. La collassoterapia però, pur essendo un processo terapeutico interessante, non deve esser considerata come formula definitiva. Certo l'immobilizzazione del polmone può dare qualche risultato ma bisogna, secondo l'A., che sia precoce: a quella guisa che in una tubercolosi articolare non si attende, per immobilizzare, la formazione di suppurazioni e di fistole, ugualmente per il polmone lo si mette a riposo non appena compaiono i primi sintomi. La collassoterapia resta poi sempre un metodo a indicazioni e con successi assai limitati, metodo d'applicazione facile e senza grandi pericoli quando la pleura è sana e libera (Forlanini), metodo d'applicazione delicata e notevolmente grave nel caso di sinfisi pleurale estesa (toracoplastica, pneumolisi).

Gli altri interventi proposti costituiscono solo dei tentativi interessanti. Tuttavia meritano una più larga applicazione o un perfezionamento di tecnica l'operazione di Freund e la pneumectomia. Si è imputato a queste operazioni il fatto che esse sono applicabili solo in quei casi nei quali anche il semplice trattamento medico è capace di condurre a guarigione: ma non si dimentichi che questo è lungo e costoso; e, d'altra parte, nella tubercolosi più che in qualsiasi altra malattia, l'una e l'altra branca dell'arte salutare non devono escludersi ma completarsi a vicenda: medici e chirurgi devono unire i loro sforzi per trionfare di una malattia sociale che miete ancora tante vittime.

Sebastiani.

MEDICINA DI GUERRA.

L'acqua ossigenata ed i suoi preparati nel trattamento delle ferite.

(Prof. dott. Walther. *Münch. med. Woch.*, 1914).

L'A. dopo aver constatato la scomparsa dalla pratica chirurgica dell'uso degli antichi pericolosi antisettici, ed essersene felicitato, preconizza, nella cura delle ferite, l'uso dell'acqua ossigenata, che non è velenosa, non irrita la lesione, non disturba la formazione delle granulazioni, ma piuttosto la stimola; evita il dannoso strofinio che si faceva sulla ferita per nettarla, perchè meccanicamente, con la schiuma, che forma l'ossigeno nascente, vengono asportate dalla lesione parti necrotiche e brandelli di

tessuti mortificati, ed infine è inodora, indolora e non irritante per le parti vicine.

Il prof. Walther anzi, per rendere l'uso dell'ossigeno più comodo e poterlo adoperare anche negli Ospedali da campo, anzichè nella solita composizione liquida dell'acqua ossigenata, lo ha fatto preparare, dalla Casa Bayer, in forma solida, combinando l'acqua ossigenata con la carbammide.

Si è ottenuto così un composto solido, solubilissimo in acqua ed inalterabile, che è stato preparato tanto in forma granulare, da sciogliersi (5 grammi in tre cucchiai di acqua da tavola calda dànno una soluzione ossigenata attivissima) quanto in tavolette, come in cannelli. Questi ultimi si adoperano, nelle medicazioni, come un comune *lapis* al nitrato d'argento.

Il preparato in questione, dall'uso del quale l'O. ha ottenuto, a quanto afferma, ottimi risultati è stato chiamato: Ortizon.

G. MENDES.

Cause e trattamento della gangrena nosocomiale.

(*La Presse médicale,* n. 70, 1914).

Un certo numero di feriti della presente guerra che non hanno potuto essere medicati normalmente hanno dato l'occasione di constatare clinicamente e batteriologicamente una complicazione che si poteva ritenere scomparsa in seguito ai progressi della chirurgia, cioè la *cangrena nosocomiale.*

La sudiceria inevitabile delle vesti e del corpo dei combattenti, la difficoltà di praticare sul campo di battaglia una medicatura perfetta e di cambiarla a tempo opportuno, spiegano facilmente l'infezione da parte del bacillo di Vincent che l'esame batteriologico ha sempre rivelato in associazione ad un numero stragrande di altri germi patogeni. Se pertanto la semplice medicatura asettica a mezzo del pacchetto di cui è fornito ogni soldato può essere sufficiente per le ferite di fucile, diviene necessario ricorrere ad una medicatura antisettica in tutte quelle ferite (shrapnell, granate, ecc.) in cui i proiettili hanno potuto trascinare fra i tessuti particelle di terreno o di vestiario.

Il mezzo più pratico per ottenere questo scopo sarebbe, secondo il Walter, quello di comprendere nel pacchetto individuale di medicatura il necessario per preparare istantaneamente una tintura di iodio fresca al ventesimo da poter applicare su le ferite.

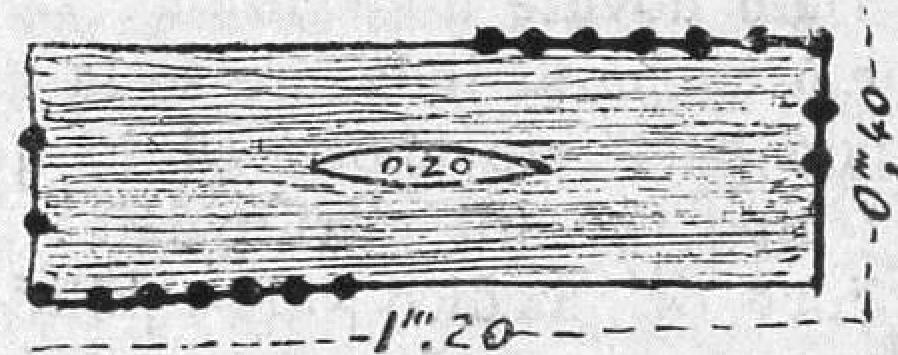
Se nonostante tale pratica si abbia infezione della ferita a causa del bacillo di Vincent il miglior metodo di cura consiste nel lavaggio con soluzione di ipoclorito di calcio al 5 %, asciugatura delle parti bagnate e successiva applicazione di una polvere composta di cloruro di calcio fresco p. 1, acido borico polverizzato p. 9 a 14. La quantità di cloruro di calcio è proporzionale alla gravità dell'infezione. Le ulcerazioni devono ricoprirsi con tale polvere abbondantemente: la medicatura si rinnova ogni ventiquattro ore se v'è secrezione abbondante; in caso contrario può restare in posto quarantotto ore.

Numerosi antisettici esperimentati (iodoformio, percloruro di ferro, iodio, sublimato, acido fenico, creosoto, ecc.) hanno dato risultati meno buoni di quelli ottenuti col metodo indicato, che riesce efficacissimo anche per le infezioni dovute ad altri germi.

L. GUIDI.

Per difendere i soldati dal freddo.

Il dott. Michel ha proposto l'adozione, per i soldati, di una sciarpa a maglia a varî usi, che risponde assai bene allo scopo e che è stata elogiata dalle autorità sanitarie e militari francesi.





Si tratta di un tessuto a *crochet* di forma rettangolare (m. 1.20 × 0.40) che porta nel mezzo una fessura ampia quanto basta pel passaggio della testa, e fornita sui bordi di un certo numero di bottoni, che sono appunto quelli che servono alle varie trasformazioni dell'indumento.

Abbottonando infatti la sciarpa di Michel in varia guisa si riesce ad ottenere, secondo il bisogno, o un berrettone uso aviatore o un farsetto a maglia con maniche o un maglione a corpo o una fascia addominale, ecc.

Sarebbe utile che i benemeriti Comitati che si occupano in Italia della confezione e della distribuzione di maglierie ai soldati, prendessero in esame la trovata ingegnosa del dottor Michel.

C. MENDES.

MEDICINA SOCIALE.

La sifilide e l'assicurazione-vita.

La sifilide ha un grande peso sul giudizio del rischio perchè ogni giorno di più si riconosce essere causa di innumerevoli malattie e del sistema nervoso (paralisi progressiva, tabe dorsale, ecc.) e del sistema cardiovascolare (arteriosclerosi precoce, insufficienza delle valvole aortiche, aneurisma, emorragia cerebrale precoce, ecc.) e degli organi parenchimatosi (nefrite, epatite, ecc.).

La sifilide può essere ereditaria o acquisita. La sifilide ereditaria ha meno importanza nelle assicurazioni-vita per il fatto che il contratto si stipula con individui che abbiano passato il 20° anno di età, e la sifilide ereditaria miete un numero molto minore di vittime negli adulti. Inoltre è difficile sapere dagli assicurandi se i genitori hanno sofferto per sifilide. Ad ogni modo il medico fiduciario deve sospettarlo tutte le volte che l'assicurando denunzia la morte del padre in età giovane per apoplessia, aneurisma dell'aorta, per paralisi progressiva, ed in genere per tutte quelle malattie che la clinica c'insegna possano essere dovute alla sifilide. Da tali casi egli cercherà anche di indagare se la madre dell'assicurando ha avuto aborti ed in quale relazione di tempo con gli altri parti.

L'attenzione del medico sulla sifilide ereditaria sarà specialmente richiamata dalle deformità presentate dall'assicurando (naso a sella, denti di Hutchinson, ecc.) e dalle malattie pregresse (cheratite parenchimatosa, irite, otite).

Qualora potrà assodare che effettivamente lo assicurando è un eredo-sifilitico darà a questo fatto il giusto valore nel giudizio del rischio.

Acquista maggiore importanza nell'assicurazione-vita per *l'alta e precoce mortalità* cui può dare luogo, come risulta anche dalle statistiche, la sifilide acquisita.

Ed è tanto più importante per l'assicurazione-vita in quanto le statistiche delle Compagnie di assicurazione-vita, dànno un'impressionante sopra-mortalità per i sifilitici.

Il medico fiduciario deve stabilire in quale epoca l'assicurando fu contagiato di sifilide; quali manifestazioni ha avuto; quale con precisione la cura fatta; da quanto tempo l'assicurando non ha più manifestazioni che si possano addebitare alla sifilide; se egli ha preso moglie; se ha avuto figli e se la moglie non ha avuto aborti o nati morti e se al momento della visita medica non presenta alcuna alterazione che si possa addebitare a quella infezione.

Se da tutte queste indagini risulterà che l'individuo non è ancora guarito dalla sifilide o perchè presenta delle manifestazioni in atto o perchè ha fatto una cura insufficiente o perchè è passato poco tempo dalla cura o dalla epoca delle ultime manifestazioni, il rischio si deve rimandare.

Dal punto di vista clinico noi possiamo dichiarare guarito dalla sifilide, e quindi proporlo per l'assicurazione, un individuo il quale, dopo la manifestazione iniziale, ha praticato cure energiche e adatte per 4 anni consecutivi, durante i quali non ha più avuto manifestazioni e se, dopo questi 4 anni, sono passati ancora due anni durante i quali l'individuo non ha fatto cure specifiche e non ha avuto alcuna manifestazione nè presenta in atto glandole epitrocleari, o nucali ingorgate, nè altri relitti della infezione.

Un dato favorevole sarà il fatto che l'assicurando ha preso moglie dalla quale ha avuto solo figli robusti.

La clinica però c'insegna che anche quando ogni altra manifestazione tace e noi siamo inclinati a dichiarare guarito un sifilitico, unico segno rivelatore della non avvenuta guarigione e quindi della sifilide latente, può essere la reazione di Wassermann positiva.

Prima quindi di dichiarare guarito un sifilitico sarebbe necessario ricorrere alla prova del Wassermann la quale, quando siano state evitate tutte le possibili cause di errore, e avesse dato *ripetutamente risultato negativo*, sarebbe un dato di indiscutibile valore.

Però bisogna tener conto del fatto che l'assicurando può fare in modo, praticando cure mercuriali, iodiche o con arseno-benzolo, che si trovi nella fase negativa per cui presenterà Wassermann negativa.

È da tener presente inoltre che nelle manifestazioni sifilitiche tardive la Wassermann talvolta riesce negativa. Nè in questi casi l'assicurazione-vita può per ora utilizzare la luetino-reazione del Noguchi, giacchè, come lo stesso Noguchi afferma, la luetino-reazione riesce facilmente negativa nelle malattie sifilitiche del sistema nervoso. Infatti egli l'avrebbe trovata positiva in circa la metà dei casi.

Nel valutare il rischio dei sifilitici oltre a stabilire la guarigione clinica, il medico deve tener conto della costituzione, delle malattie pregresse e delle abitudini di vita dell'assicurando. Giacchè è noto come la sifilide sia aggravata dalla obesità, dal diabete, dalla scrofolosi, dalla malaria, dall'alcoolismo, nicotinismo, morfinismo e dagli avvelenamenti lenti per mercurio, arsenico, oppio, ecc.

E di un altro insegnamento che ci viene dalle statistiche si deve tener conto: l'età in cui si verifica il massimo della mortalità per sifilide negli

adulti maschi è dai 45 ai 50 anni, mentre per le femmine è dai 35 ai 40 anni (Vedi « Le cause di morte » pubblicate dal Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio).

Da un esame sommario delle statistiche delle Compagnie di assicurazione-vita, riguardanti la mortalità per sifilide riporto l'impressione che sia opportuno l'applicazione di un soprapremio sanitario a tutti i sifilitici.

Riservandomi di ritornare sull'argomento con buoni dati statistici, mi piace qui accennare come dalla statistica degli anni dal 1852 al 1904 sopra la mortalità degli assicurati alla Banca di Gotha contagiati di sifilide pubblicata nel 1906 dal dott. Gollmer risulta una *sopra-mortalità dei sifilitici del 68 %*.

Dalle « Ricerche sopra l'effetto della sifilide nelle Assicurazioni sulla vita » pubblicate nel 1904 dalle Compagnie Scandinave di Assicurazione, si rileva una *sopra-mortalità del 63 %*.

Anche più importante è la statistica presentata dal segretario della Compagnia Scozzese di Assicurazione sulla vita, Lewis P. Orr, alla Royal Commission of Venereal Diseases di Londra in merito ad una ricerca che le Compagnie di assicurazione degli Stati Uniti e del Canadà hanno eseguito sui loro assicurati i quali avevano precedentemente sofferto di sifilide.

Questa statistica dà una *sopra-mortalità dell'88 %* tra gli assicurati per i quali si conosceva bene l'epoca della infezione, che avevano fatto due anni di cura e che prima di assicurarsi era passato almeno un anno dalla fine della cura, e durante questo tempo non avevano avuto alcuna manifestazione.

Basta questa semplice esposizione di cifre per dedurre quale ne sia il valore, e quanto deve pesare sul giudizio del rischio la sifilide acquisita.

Un'altra questione importante annessa a questa della sifilide nell'assicurazione-vita è quella che riguarda la sifilide ignorata e la sifilide taciuta.

Il Blascko afferma che, esaminando il materiale della Compagnia assicurazione-vita « La Vittoria » di Berlino, ha osservato che in quei casi in cui la morte doveva attribuirsi in modo assoluto o con molta probabilità alla sifilide, soltanto il 16 % aveva dichiarato la sifilide.

A questo potrei aggiungere una piccola esperienza personale la quale non ha valore data la scarsità del materiale, ma ha valore solo in quanto che conferma i risultati altrui.

Nel 1913 io, esaminando le polizze sinistrate appartenenti al portafoglio precostituito, cioè il portafoglio che le vecchie Compagnie di assicurazione esercenti in Italia hanno ceduto all'Istituto Nazionale delle assicurazioni, ho notato che per 13 polizze la causa del sinistro fu la paralisi progressiva; ma nell'anamnesi di due soli assicurati era dichiarata la sifilide, cioè nella proporzione del 15.3 %.

Certo è da tenere conto anche della sifilide ignorata, ma sono parecchi gli assicurandi i quali tacciono la sifilide alle volte in buona fede, alle volte in mala fede.

Vi sono di quelli i quali hanno interesse ad avere un contratto di assicurazione e temono di essere rifiutati dichiarando la sifilide pregressa e sono portati quindi a tacerla. Altri si vergognano di confessare al medico la sifilide sofferta specialmente se è presente nel momento in cui il medico fiduciario raccoglie l'anamnesi la moglie dell'assicurando o altra persona di famiglia. Vi sono ancora di quelli che considerano le malattie veneree e sifilitiche come colpose. Altri che, per eccessivo ottimismo, dànno scarsa importanza alla sifilide sofferta per il fatto che per essi, che in quel momento si sentono bene, è una malattia passata e guarita.

Perciò alcuni medici di assicurazione e specialmente in Germania, tenuto conto della forte mortalità fra gli assicurati per malattia addebitabile alla sifilide e dello scarso numero degli assicurandi che dichiara la sifilide, propongono che per tutti gli assicurandi indistintamente si proceda all'esame del sangue per la reazione del Wassermann.

Dal punto di vista teorico io credo che quei medici abbiano ragione. Quando la reazione di Wassermann sarà più diffusa nel pubblico; quando il sangue si estraesse non da una vena del braccio, perchè in questo caso l'atto cruento assume per il profano di medicina un'importanza maggiore, ma invece si estraesse dal dito così come si estrae il sangue per eseguire la reazione di Widal per il tifo; quando la reazione di Wassermann sarà più perfezionata e saranno unificati i vari metodi per eseguirla, allora, con tutte le riserve per la maggiore e più forte spesa di acquisizione dei contratti che gli Istituti di assicurazione dovranno sopportare, si potrà mettere in attuazione la proposta di quei medici.

Ora noi ne siamo ben lontani, ed è noto come anche i malati, i quali ricorrono al medico per farsi curare, si rifiutano spesso a sottoporsi all'estrazione del sangue per la reazione di Wassermann. E sicuramente molti assicurandi, certo non sifilitici, si sentirebbero offesi per la richiesta della reazione di Wassermann ed abbandonerebbero subito l'idea di assicurarsi.

Non bisogna poi dimenticare quanto sopra abbiamo notato che l'assicurando può fare in modo, praticando cure mercuriali, iodiche o con arseno-benzolo, che si trovi nella fase negativa per la reazione di Wassermann.

È da tener conto inoltre che la Wassermann positiva non indica con sicurezza sifilide in atto, giacchè tale reazione può essere anche positiva nella lebbra, nella tripanosomiasi, nella malaria, ecc. e che la Wassermann negativa eseguita una volta sola non indica assenza di sifilide o sifilide guarita.

Vi è poi un fatto di grande importanza ed è che, oltre i vari metodi per la esecuzione della reazione di Wassermann, è vario anche il giudizio del medico analista in tutti quei casi in cu la reazione avviene con più o meno ritardo tanto che per lo stesso sangue esaminato in vari laboratori si può avere da alcuni responso positivo, da altri negativo.

Per tutte queste ragioni ritengo che non si possa oggi obbligare tutti gli assicurandi alla reazione di Wassermann come li si obbliga all'esame delle urine.

Si potrà chiedere la reazione di Wassermann nelle assicurazioni per somme importanti onde confermare la guarigione della sifilide denunziata. Ma la Wassermann *deve richiedersi sempre* tutte le volte in cui all'esame clinico risulti il sospetto che l'assicurando malgrado le cure fatte sia guarito o che l'assicurando abbia taciuto la sifilide.

Per esempio, un assicurando il quale nega la sifilide, ma che presenta invece adenopatie specialmente nucali e epitrocleari, ovvero disturbi del linguaggio, o della deambulazione, o dei riflessi, o se l'esame obbiettivo fa notare un'arteriosclerosi precoce, o se accusa dolori a cintura od altri sintomi che potessero far sospettare una malattia sifilitica, ecc.

In questi casi si deve imporre la reazione di Wassermann la quale, se darà risultato positivo, avrà grande valore per la diagnosi.

Dalla maggiore mortalità che proviene dalla sifilide taciuta un Istituto di assicurazione-vita può difendersi coll'inserire nei patti contrattuali di polizza che una sifilide non denunziata può essere in *qualunque epoca* causa di annullamento del contratto.

Allo stato attuale delle cose non vi è invece nessun mezzo per difendersi dalla maggiore mortalità proveniente dalla sifilide ignorata.

Dott. I. ROMANELLI.

Pubblicheremo prossimamente:

BRECCIA, *Sul pneumotorace artificiale.*

DI MARZIO, *Sulla tecnica della cherato-sclero-iridectomia.*

FISICHELLA. *La cura dell'ulcera cronica vulvare.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Su di un caso di parotite epidemica unilaterale

per il dott. ANTONIO DE CASTRO.

Oggetto di questa nota è un caso di parotite unilaterale, sporadico, occorso alla mia osservazione, e sul quale ho creduto utile riferire per alcune considerazioni che il caso mi ha dato opportunità di fare.

G... B..., di anni 36; donna sana e robusta. Nata da parto naturale, ebbe allattamento materno. Mestruò a 14 anni e le mestruazioni furono regolari per intercorrenza, quantità e durata. Ebbe quattro figli, tutti viventi e sani. Non soffrì malattie degne di nota.

Ai primi di ottobre fu colpita da un dolore abbastanza violento in corrispondenza del mascellare superiore. Intanto al dolore si aggiunse malessere generale, stanchezza, insonnia. Nel contempo la temperatura si elevò ed una tumefazione si esplicò davanti e sotto il lobulo dell'orecchio destro, tumefazione che andò man mano spingendosi in alto e in basso sì da invadere oltre la regione parotidea anche la sottomascellare.

Il dolore locale era, a dire dell'inferma, abbastanza intenso: impossibile la masticazione, difficile la deglutizione. Poichè la paziente da parecchio tempo era molestata da disturbi a carico del terzo molare, si fece visitare da un dentista, il quale vi riscontrò carie abbastanza avanzata per cui, dietro consenso dell'inferma, lo estrasse. Senonchè i disturbi che si alleviarono per breve lasso di tempo, si riacutizzarono e dopo circa sei ore assunsero il medesimo carattere di prima: qualche giorno dopo insorsero il vomito e la cefalalgia.

Chiamato d'urgenza trovai l'inferma molto abbattuta. La cefalea occupava la regione frontale e occipitale, a carattere gravativo, ed era così intensa che bisognava guardare l'inferma continuamente perchè nei forti movimenti non cadesse dal letto. La testa, inclinata verso il lato malato, ad ogni tentativo di muoverla produceva dolore intenso. Esaminati tutti gli organi non riuscii a trovare alcun dato di fatto che mi permettesse spiegare il vomito e la cefalea: assenza dei segni di Kerning e Babinski; normali i riflessi. L'esame degli occhi non rivelò alcun che di patologico: l'esame dell'urina dette risultati negativi; polmoni, fegato, milza, cuore normali. La tumefazione si presentava edematosa, pallida, lucente, di consistenza pastosa, assai calda. Disturbati erano assai la favella, la deglutizione e l'udito: i movimenti mandibolari erano ridotti al minimo; la secrezione salivare molto diminuita. L'alito era fetidissimo. Temperatura 39°.5 C.; polso 60; respiro 24.

Di fronte a questi fatti varie eventualità mi prospettai, praticando anche il cateterismo con la sonda di Mejan nel dubbio di calcoli salivari.

Specialmente avuto riguardo alla bradicardia, al vomito e alla cefalea, elementi questi che non mi spiegavano una comune flogosi della parotide primitiva o ascendente, nè una forma me-

tastatica, essendo esclusa qualsiasi infezione o intossicazione generale, non essendovi rimasto altro da ammettere per via di esclusione che una parotite unilaterale epidemica, ricercai tutti gli altri elementi che, uniti ai primi, mi portassero alla diagnosi diretta di questa lesione: così praticai anche la cito-diagnosi, di cui Sicard e Dopter, hanno rivelato il grande valore diagnostico, nonchè l'esame del sangue e del liquido cefalo-rachidiano.

Cito-diagnosi. — Servendomi di una piccola sonda di caoutchouct, tipo n. 2 della filiera francese, della lunghezza di circa 12 cm. e tagliata a becco di flauto alle estremità, non senza difficoltà, data la flogosi occupante tutta la guancia destra e la scarsa secrezione ghiandolare, riuscii a raccogliere, dopo circa 10 minuti, appena qualche goccia di secreto salivare. Allo scopo poi di evitare delle interpretazioni erronee, mi servii pure di quelle goccioline accumulate nell'interno del catetere.

Portato al microscopio detto materiale, notai subito un'abbondante desquamazione ghiandolare: le cellule erano alcune piene, altre a vacuoli: di altre se ne scorgeva appena qualche lembo; moltissimi polinucleari. Altri elementi erano rappresentati da cellule fusiformi e da cellule della parete orale.

L'esame bateriologico rivelò la presenza di comuni microorganismi della bocca e sopratutto diplococchi, che si coloravano con le comuni sostanze, ma non prendevano il Gram.

Esame del sangue:

Emoglobina	90 %
Eritrociti	4,300,000
Leucociti	14,000

Questi ultimi erano rappresentati in maggioranza da linfociti, lieve aumento di polinucleari, mentre erano normali nel numero i mononucleari.

Puntura lombare. — Il liquido, torbido, fuoriesce lentamente. È leggermente albuminoso e mostra numerosi linfociti.

L'esame batteriologico dà risultato negativo. e negativo è l'esame culturale.

Da notarsi che dopo la puntura lombare l'inferma si sentì molto sollevata.

Dopo qualche giorno poi accusò lieve dolore alla regione mammaria di destra e qualche ora dopo alla regione ovarica dello stesso lato.

L'inferma si ristabilì completamente in una decina di giorni.

Di quanto ho riferito, varie particolarità meritano di fermare la nostra attenzione.

A proposito della cefalea è noto come questo sintoma, fino a poco tempo fa, era considerato appena come accessorio della parotite epidemica, tanto da non richiedere un trattamento speciale. Qualcuno aveva sì intravisto il suo valore, ma aveva fatto delle riserve (Legroux e Hudelo).

R. Monod ha il grande merito di aver ripreso la questione e, con osservazioni sistematiche, aver segnalato la frequenza della linfocitosi nel liquido cefalo-rachidiano, ma le osservazioni di quest'A. si limitarono ad ammalati della prima età, ed inoltre non trassero conclusioni concrete. Si deve solamente a Chauffard e Boinet se oggi conosciamo il valore del sintoma « cefalea ».

La cefalea sarebbe dovuta ad una localizzazione dell'infezione a carico delle meningi, ciò che è provato dal reperto ottenuto dall'esame del liquido cefalo-rachidiano. Viene poi ad avvalorare questa ipotesi — tra gli altri — il caso di Chauffard e Boinet, nel quale si vide seguire alla diminuzione della tumefazione parotidea e della febbre, un nuovo rialzo termico, cefalea violenta e bradicardia, quando un esame minuto faceva escludere trattarsi di qualsiasi altra complicazione di diversa natura.

La concomitanza poi del vomito appoggia sempre più l'ipotesi.

La bradicardia, nel corso della parotite epidemica, da poco è oggetto di ricerche scientifiche e di osservazioni ciliniche: e sebbene non siano ancora completi gli studî intorno al soggetto, pure sembra che a questo sintoma debba annettersi un grande valore diagnostico.

Il Ghedini si occupa della questione ed in base a varie osservazioni ed a richiami di fisiopatologia emette le seguenti ipotesi circa il meccanismo di sua produzione. La bradicardia può esser dovuta:

1° o ad una eccitazione — causa del processo infiammatorio parotitico — del laringeo o alla infiltrazione infiammatoria circostante e diffusa al connettivo peri- e intranerveo;

2° o a stasi encefalica e quindi iperpressione endocranica, per la compressione esercitata dalla ghiandola infiammata sulle giugulari interne e specie sulle esterne che, come è noto, nel loro tragitto ne attraversano il parenchima: alla iperpressione poi conseguirebbe perturbamento del centro bulbare del vago mediante le modalità illustrate dalla fisiopatologia e come avviene in casi clinici analoghi;

3° o a produzione di speciali tossine dei batterii generatori della flogosi parotitica.

Delle tre ipotesi, le più logiche e le più dimostrative sembrerebbero le prime due, avvalorate come sono da richiami di fisiopatologia, ma anche la terza non può escludersi in quanto, ammettendosi verosimilmente che la causa della parotite siano i diplococchi, quelli precisamente che determinano la pneumonite crupale — questi per analogia susciterebbero con le loro tossine azione ritardatrice sulla frequenza del ritmo cardiaco simile a quello delle tossine tifose.

Ma, allo stato attuale delle cose, causa la insufficienza degli elementi probatorii delle diverse ipotesi, la questione rimane insoluta.

Prendendo poi ad esaminare il risultato della cito-diagnosi è fuor di dubbio il fatto che

questo è un metodo di diagnostica eccellente, in quanto ci fa conoscere quali elementi sono maggiormente lesi, mettendoci quindi in grado di differenziare un processo da un altro.

Il liquido parotideo — il quale allo stato normale non contiene alcun elemento istologico — va popolandosi, nel decorso degli orecchioni, di diverse cellule: è una vera desquamazione, un vero esodo cellulo-ghiandolare, come dicono Sicard e Dopter, e malgrado la desquamazione stessa sia tanto più evidente quanto maggiore è la tumefazione, purtuttavia anche nei casi più leggieri è caratteristica, come rilevasi dalle osservazioni pubblicate al riguardo; ond'è che giustamente questo nuovo metodo di ricerca deve acquistare dritto di cittadinanza nel campo della semeiotica. Inoltre, manifestandosi fin dall'inizio della malattia, ne viene avvantaggiata assai la profilassi, potendosi isolare a tempo i pazienti di questo morbo.

Non è poi privo di interesse il reperto ottenuto dall'esame del sangue.

Invero le ricerche degli AA. a questo riguardo sono poche: qualcuna è anche contraddittoria; ma la maggioranza conclude che alterazioni importanti vengono da questa malattia indotte nel sangue.

Goulland e Goodall in un recente lavoro dicono che nei casi non complicati non si riscontrano alterazioni nel sangue, mentre un leggero aumento di linfociti notasi nei casi complicati ad orchite: in altre pagine poi dicono che una relativa linfocitosi vi occorre.

Sacquépée in 20 casi studiati nel 1902 dice di aver riscontrato: 1° nei casi non complicati ad orchite un leggero aumento di leucociti che andava fino a 13,000; 2° l'aumento relativo riguardava i mononucleari a spese dei polinucleari. In quelli con orchite: 1° aumento del tasso leucocitario da 10 a 18,000; 2° il maggior aumero era dato dai polinucleari. Di qui traeva la conclusione che nei casi con orchite si ha una leggera leucocitosi, in quelli complicati un aumento notevole di leucociti.

Krestnikow ha trovato una linfocitosi fin dall'inizio della malattia ed una polinucleosi se accompagnata da orchite.

Pick considera che l'assenza di linfocitosi polinucleare ha valore diagnostico tra l'orchite rovuta alla parotite da quella dovuta a gonorrea.

Wile, nel 1906, dall'esame di 20 casi concluse: 1° la linfocitosi relativa o assoluta è costante; 2° comincia fin dall'inizio e va fino alla fine della malattia; 3° è più marcata quando l'infezione è bilaterale; 4° è più marcata nei bambini; 5° il numero dei polinucleari varia inversamente al numero dei linfociti; 6° nei casi complicati ad orchite i polinucleari tendono ad aumentare; 7° una totale leucocitosi può occorrere, ma non alta; 8° non vi è anemia secondaria; 9° la linfocitosi è valore diagnostico per distinguere una parotite da una linfoadenite.

Feiling ha trovato: 1° un aumento totale leggero nel conteggio dei leucociti, con una media di 9400; 2° una relativa ed assoluta linfocitosi; 3° i polinucleari sono aumentati, ma inversamente al conteggio leucocitario.

Da ciò egli ha stabilito: 1° il sangue nelle parotiti epidemiche mostra alterazioni reali nel conteggio leucocitario; 2° queste alterazioni consistono: *a*) in aumento leggero nel numero dei leucociti; *b*) in una linfocitosi che può essere relativa ed assoluta; 3° la linfocitosi è presente fin dal primo giorno e dura fino al quattordicesimo; 4° l'evenienza dell'orchite non altera questo quadro; 5° i cambiamenti nel sangue sono di un distinto valore diagnostico nella differenziazione tra parotiti con gravi condizioni infiammatorie delle parotidi e delle sottomascellari e linfoadeniti.

Nella presente osservazione l'esame del sangue praticato 3 giorni dopo l'insorgenza della malattia ha mostrato un aumento notevole del tasso leucocitario, rappresentato in maggioranza da linfociti. L'esame, ripetuto quando insorse la dolorabilità a carico della ovaia, mostrò elevato il numero dei leucociti a 16,000; anche qui avevano la prevalenza i linfociti.

È interessante ancora comparare i cambiamenti che si verificano nel sangue con quelli indotti nei liquido cefalo-rachidiano nei casi in cui la malattia decorre con fatti meningei e quelli che non ne mostrano.

Monod ha riscontrato linfocitosi in 6 casi, mentre nessuno presentava sintomi di meningite.

Chauffard e Boidin in casi con cefalea e alta febbre trovarono linfocitosi marcata: una vera suppurazione linfocitaria, come essi dicono.

Ormerad in un caso osservato al « S. Bartolomew's Hospital » ha riscontrato i seguenti caratteri: liquido torbido leggermente, sotto leggero aumento di pressione; albumina 0.125 % zucchero, riduzione appena apprezzabile. L'esame citologico ha dato: numero delle cellule contate 250 per cmc.; al conteggio differenziale, linfocitosi 96 %, polinucleari 20 %, cellule endoteliali 2 %. L'esame batteriologico non ha mostrato la presenza di alcun microrganismo, e l'esame culturale non ha rivelato nessuna crescita in 24 ore.

Nella nostra osservazione abbiamo avuto su per giù i medesimi risultati. Come si vede, tranne la varietà morfologica, il liquido cefalo-rachidiano nel decorso della parotite è perfettamente identico a quello che si osserva nella meningite cerebro-spinale, tanto è torbido, tanto

è ricco di leucociti. Il fatto quindi mostra che la cefalea rappresenta una vera e propria reazione meningea che si svolge durante l'infezione parotitica.

Ho stimato opportuno fare qualche richiamo su questi fatti perchè l'osservazione non interessa solamente la malattia in sè, ma anche e sopratutto i possibili precoci o tardivi postumi che dalla reazione meningea possono eventualmente svilupparsi (mieliti lente, sclerosi a placche, ecc.).

Resta in ultimo a considerare che, indipendentemente da una lesione infiammatoria degli organi vicini (bocca, mascellari, ecc.) può insorgere una parotite epidemica, per cui va tenuta nel giusto conto l'affermazione che la parotite unilaterale epidemica debba ammettersi nei casi dubbii, quando manchi qualsiasi lesione locale.

Nel nostro caso infatti, se avessimo costretto il quadro clinico presentato dall'inferma in questa cornice elementare, facilmente si sarebbe incorso nell'errore di concludere, prima della comparsa delle complicazioni (dolore alla mammella e all'ovario destro), che trattavasi di una comune infiammazione della ghiandola consecutiva alla lesione dentaria, e non già di una vera e propria parotite epidemica, tanto più che, oltre alla concomitanza della lesione locale ed alla unilateralità, non vi era stato in precedenza, nè vi era al momento della osservazione, alcun altro caso che poteva farne supporre la natura contagiosa. Praticamente però il sospetto sorse allorchè si trattò di rendersi conto della bradicardia, del vomito e della cefalea ostinata, elementi questi che ci condussero a praticare l'esame del liquido cefalo-rachidiano e della secrezione parotidea, che rivelarono alterazioni quali nessun'altra affezione della parotide ha mai mostrato finora.

Se adunque è necessario tenere in grande considerazione i caratteri locali e le circostanze etiologiche (infezione generale, intossicazioni, ecc.), occorre d'altra parte tenere nel giusto conto questi elementi, quando trattasi di differenziare in queste circostanze una comune flogosi ascendente o metastatica da una forma epidemica.

Ed a proposito delle lesioni dentarie mi piace rilevare che in fondo non è da escludersi che l'infiammazione da se stessa possa determinare dolorabilità a carico delle arcate dentare a causa della compressione del nervo sensitivo della ghiandola (l'auricolo-temporale); e come, in altre parole, un processo dentario può determinare una parotite secondaria ascendente, una parotite epidemica può dar luogo ad una nevralgia dentaria. Ed a dimostrazione di ciò sta il caso illustrato, nel quale il dolore, localizzato in corrispondenza del mascellare superiore e attenuato dall'estrazione del dente, si riacutizzò dopo circa 6 ore, assumendo il medesimo carattere di prima.

E giungendo alla fine mi sembra che da questa analisi si possa concludere:

1° che la cito-diagnosi offre un reale vantaggio per la diagnosi di parotite, specie nei casi dubbî ed a localizzazione unilaterale;

2° che la cefalalgia, ove esista, è indice di una vera e propria reazione meningea, come è dimostrato dal liquido cefalo-rachidiano; ciò che può avere il suo valore in neuropatologia, specie nell'etiologia di alcune lesioni, quali l'apparizione tardiva di mieliti lente, di sclerosi a placche, ecc.;

3° che la cefalalgia accompagnata da modificazione del polso, da depressione psichica, da vomito, quando la reazione parotidea è così leggera da attirare poco o nulla l'attenzione, se l'esame anamnestico minuzioso è contrario ad ammettere una meningite di tutt'altra natura e certo più grave, è un segno prezioso, specie nei bambini, per la diagnosi di parotite epidemica;

4° che dal punto di vista semeiologico, per l'orientamento della diagnosi, è di massimo interesse, circa la natura della parotite, la cefalalgia penosa e tenace;

5° che non è fondato il criterio differenziale dal quale si è mossi per la diagnosi di parotite unilaterale epidemica per ciò che riguarda assenza di lesioni locali, potendo infatti, come risulta dal caso su menzionato, svolgersi una parotite in concomitanza di una affezione dentaria: questa può essere un processo a sè o conseguenza della parotite;

6° che la parotite epidemica non è un processo locale, ma determina reazione infiammatoria nell'organismo, come lo mostra il reperto ematologico e del liquido cefalo-rachidiano;

7° che la puntura lombare attenua sensibilmente la fenomenologia nervosa nei casi ove esista.

Parma.

BIBLIOGRAFIA.

DIEULAFOY. *Trattato di medicina interna.* 1908.
SICARD. Société médicale des hôpitaux. Paris, 1905.
DOPTER. Société médicale des hôpitaux. Paris, 1904; Paris médical, 1908.
CHAUFFARD e BOIDIN. Société médicale des hôpitaux. Paris, 1904.
MONOD. Thèse de Paris, 1902.
GHEDINI. Gazzetta degli Ospedali, 1910.
SACQUÉPÉE. Archives de méd. exp. et d'anatomie pathologique, 1902.
KRESTNIKOW. Thèse de S. Petersbourg, 1902.
PICK. Wien. klin. Rundschau, 1902.
WILE. Archives of Pediatry, 1906.
ORMERAD. The Lancet, 1913.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia delle scienze mediche in Palermo.

Seduta del 21 novembre del 1914.

Presidenza del prof. CERVELLO.

G. PARLAVECCHIO. — *Metodo radicale per la cura dell'ernia crurale dalla via femorale, praticato mediante un ago speciale che rende possibile e facile la sutura dei tre legamenti dal basso.* — L'O. ricorda le sue proposte operatorie per la cura radicale dell'ernia crurale *dalla via inguinale* ed esamina tutte le altre proposte anteriori e posteriori ad esse, venendo alla conclusione che il mezzo più efficace per ottenere una guarigione stabile è sempre quello indicato dal Ruggi, e cioè la sutura che riunisce fra di loro i ligamenti Falloppio, Cooper e Gimbernat in maniera pianeggiante, atta a sopprimere ogni infundibolo. Però tutti i metodi introdotti allo scopo di praticare la detta sutura, hanno in comune il difetto di una notevole lesività e difficoltà d'esecuzione, d'onde i numerosi tentativi di suturare quei ligamenti *dalla via crurale,* molto più agevole.

Ma questi tentativi non sono ancora riusciti allo scopo per la posizione profonda del ligamento di Cooper e per il pericolo che gli aghi, nelle difficili manovre, deviino e feriscano i vasi crurali: praticamente gli attuali metodi crurali che si propongono di riunire il Poupart al Cooper, lo riuniscono solo al muscolo pettineo od alla sua aponeurosi, entrambi troppo deboli per resistere alla forte trazione dei fili, e la cui riunione, seppure avvenisse, non sopprimerebbe davvero l'infundibolo pericoloso di recidiva.

L'O. è riuscito a vincere questa difficoltà mediante il robusto ago manicato, che ha fatto all'uopo costruire, e che presenta, avente l'estremo crunato ripiegato ad angolo ottuso, non che una curva per la quale la mano operante non copre il campo operatorio. Mostra inoltre un altro ago manicato costruito colle stesse caratteristiche essenziali, ma sul tipo dell'ago di Dechamps, mentre il primo è sul tipo di quello di Cooper. Ecco lo schema del metodo adottato dall'O.:

1° incisione obliqua infrapoupartiana; scopertura, isolamento del sacco e del suo colletto sino al grasso peritoneale; apertura del sacco e, dopo riposizione dei visceri, legatura, alta resezione, infossamento profondo del moncone;

2° spaccamento del ligamento di Gimbernat dal margine falcato sino al suo estremo angolare interno; retrazione in alto del Poupart, riconoscimento e scopertura del Cooper;

3° applicazione, sotto il controllo della vista e proteggendo i grandi vasi colla punta dell'indice sinistro, di tre punti anteroposteriori di seta robusta sul Cooper, facendoli passare, mediante l'ago dell'O., tra ligamento ed osso;

4° il capo superiore di ciascuno di questi fili di seta, montato con ago comune, vien fatto passare sopra il Poupart, facendolo penetrare in pieno, da dietro in avanti. Annodando le tre anse di seta, il Poupart viene da esse abbassato e mantenuto a contatto sicuro con il Cooper, col quale forma uno strato pianeggiante;

5° suture ammassanti il sottocutaneo nell'incavo residuale, e riunione della pelle con magliette.

Questo metodo raggiunge gli stessi scopi di quello inguinale, in confronto del quale però è molto più semplice e meno lesivo. I risultati ottenuti dall'O. nei numerosi casi da lui così operati in questi ultimi tempi, sono stati così soddisfacenti da lasciargli la convinzione che questo metodo, per sicurezza e facilità, meriti la preferenza sugli altri, sia inguinali, che crurali.

C. CIACCIO. *Sulla natura dei cosidetti pigmenti grassi.* — Oltre ai lipocromi i citologi distinguono uno speciale pigmento grasso caratterizzato dalla sua difficile solubilità o addirittura insolubilità nei solventi organici. Generalmente si crede che tali sostanze rappresentino l'associazione di un pigmento con una sostanza grassa.

Ciaccio invece pensa che si tratti di prodotti di ossidazione di sostanze lipoidi insature; partendo da questa ipotesi di lavoro egli istituì delle ricerche sistematiche *in vitro* e giunge alle seguenti conclusioni:

1° I fosfatidi insaturi e gli acidi linoleico e linolenico, ossidati all'aria, presentano una serie di modificazioni che riguardano la consistenza, il colorito ed i caratteri di solubilità.

2° Queste modificazioni si accelerano per la presenza di alcune sostanze come ferro, magnesio, fosfati alcalini.

3° I caratteri microchimici di questi prodotti di ossidazione corrispondono perfettamente a quelli che presentano i pigmenti grassi endocellulari.

G. DONZELLO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Trecento casi di appendicite e loro complicazioni pelviche.

Interessante è lo studio dell'influenza del drenaggio pelvico rettale sulla mortalità nell'appendicite acuta suppurativa.

Ordinariamente si distinguono i casi di appendicite perforata in due categorie: quelli con peritonite settica diffusa, e quelli con ascesso appendicale circoscritto.

Il Maclaren (*The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, agosto 1914) ritiene che dal punto di vista prognostico ha gran valore la quantità di pus riscontrata: in un certo stadio della malattia l'operazione è molto più grave per una più grande raccolta ascessuale, indipendentemente dalla virulenza dei germi. Poichè è difficile che un piccolo ascesso ben circoscritto contenga più di 4 oncie di pus, egli ritiene che quando se ne trovino quantità maggiori c'è da pensare che di solito vi debbono essere ascessi secondari o inondazione del peritoneo libero.

In 150 casi operati anteriormente all'uso del drenaggio rettale, l'A. aveva avuto 13 casi di morte: 12 su 61 casi di peritonite generalizzata o di ascessi vasti con più di 4 oncie di pus, 1 caso su 34 ascessi con meno di 4 oncie, nessun caso su 55 senza perforazione, gangrena, ecc. La mortalità fu così dell'8.6 %.

In una seconda serie di 150 casi di operazione col drenaggio rettale, vi furono invece 7 casi di morti; 7 su 84 casi di peritonite generalizzata o di ascessi vasti; nessun caso su 32 con piccoli ascessi e 34 senza perforazioni o gangrena. In questa seconda serie la mortalità fu invece del 4.7 %.

Nei primi 150 casi vi furono 6 casi di morte che, a quanto risulta dalla loro storia, sarebbero stati bene indicati per la puntura rettale. In tre di questi casi all'autopsia la pelvi fu trovata piena di pus. In un bambino, dopo morto, lo sfintere anale fu trovato dilatato e spinto in basso da un vasto ascesso pelvico. In condizioni di flogosi dell'addome, l'esame clinico non può dirsi completo senza l'esplorazione rettale.

Dapprima la puntura con drenaggio rettale fu riservata ai casi in cui precedentemente si fosse intervenuto per appendicite acuta. I sintomi settici per la raccolta di pus si manifestano generalmente pochi giorni dopo l'operazione per i dolori, l'aumento della temperatura, la frequenza del polso, ecc. Molte volte i cul di sacco furono trovati pieni di pus, malgrado i larghi drenaggi dalla ferita o dalla parete addominale anteriore.

Ciò è dovuto al fatto che la pressione intra-addominale è massima soltanto quando non vi siano aderenze peritoneali; quando queste aumentano di numero ed in estensione, la pressione diminuisce rapidamente a zero. In molti casi, benchè il drenaggio per la ferita dia continuamente un vero ruscello di pus, il paziente deperisce a causa dell'assorbimento settico per un vasto ascesso pelvico. In questi casi la sezione rettale fa cambiare subitamente la scena.

Provato il grande valore di questo metodo in periodi post-operativi, se ne estese l'uso in casi gravi di pazienti osservati con ritardo dal momento della perforazione, e che non erano stati operati. In questi pazienti nei quali poteva essere imminente il pericolo di una peritonite generale fatale, la prima cosa a farsi è l'incisione rettale e l'applicazione di un tubo di drenaggio. Se il paziente in questi casi si ricupera interamente, non vi sarà altro a fare per il momento; se no in genere nei giorni prossimi successivi si pratica la laparotomia esplorativa e si rimuove l'appendice in gangrena.

L'A. crede che il drenaggio renale non è più pericoloso dell'incisione vaginale. Nelle giovani donne è preferibile l'incisione rettale alla vaginale. Nelle donne adulte, come sempre si è fatto per ogni sorta di ascesso pelvico, si può continuare a drenare attraverso l'incisione vaginale.

Nell'ultima serie di 150 casi, l'A. ha praticato 11 volte l'incisione rettale in primo tempo, e 13 volte secondariamente a laparotomia, cioè 24 volte su 150 casi, ossia circa il 17 %.

Ad eccezione di due casi, tutti gl'infermi trattati con l'incisione rettale guarirono perfettamente, senza fistula.

p. s.

Sulla stasi intestinale.

Nel suo classico lavoro sulla stasi intestinale cronica presentato al *Post-Graduate College* nel 1913, il Lane dice che in essa il passaggio del contenuto del canale intestinale è tanto ritardato da produrre, sopratutto nell'intestino tenue, un eccesso di materiali tossici e l'assorbimento nel circolo sanguigno di una quantità di prodotti tossici superiore alla sopportabilità degli organi deputati a trasformarli ed eliminarli. Ne consegue che in circolo esistono ma-

teriali atti a produrre lesioni degenerative in ogni sorta di tessuto, e ad abbassare il loro potere di resistenza contro l'invasione di germi patogeni.

Forse la conferma migliore di questi concetti si ha negli esperimenti di Carrel, che ha dimostrato l'immortalità dei tessuti e la loro capacità d'accrescersi se i loro prodotti tossici vengono effettivamente allontanati. Secondo il Lane, gli errori dietetici dell'età infantile e l'abitudine della posizione eretta determinano il ristagno fecale nell'intestino crasso. In conseguenza di ciò, si formano nuove membrane quasi per cristallizzazione di speciali linee di forza sulla superfice del peritoneo, lungo le quali lo sforzo viene specialmente esercitato.

Così, dice G. Zinke (*The Journal of the American Med. Assoc.*, sett. 5, 1914), si spiega la formazione di aderenze, pieghe, membrane, ecc., descritte da tanti autori.

Sono queste neoformazioni che spiegano tanti casi di occlusione intestinale, di appendicite, affezioni ovariche, epitelioma del cieco e del retto. Esse ci rischiarano la patogenesi della dilatazione del duodeno, la contrazione spasmodica del piloro con dilatazione dello stomaco da ristagno, ecc.

Queste alterazioni possono anche finire con l'ulcerazione e la perforazione del piloro o della piccola curvatura dello stomaco. Si possono avere infezioni delle vie biliari, calcolosi epatiche, colecistiti, degenerazioni maligne.

Il Lane descrive ancora altri sintomi: dimagramento, atrofia dei muscoli, alterazioni degenerative della pelle, temperatura subnormale, apatia mentale, melanconia e tendenza al suicidio. Sono frequenti le nevralgie e nevriti; i tics epilettiformi e la cefalea; dolori reumatoidi muscolari; prolasso ed ectopia di varî organi.

Il respiro può diventare frequente e somigliante all'asma per la distensione dello stomaco e dell'intestino. La maggior parte delle affezioni degenerative del cuore sono dovute ad auto-intossicazione. I capelli perdono dapprima il colore, e poi cadono. A causa della stasi del duodeno, il pancreas può essere soggetto ad indurimenti, flogosi e neoplasie. Ne può seguire il diabete pancreatico. Si possono avere affezioni degenerative degli occhi dipendenti da auto-intossicazione.

Secondo il Lane, le alterazioni che risultano direttamente dal diminuito potere di resistenza dei tessuti prodotto da auto-intossicazione sono: piorrea alveolare per gengivite; infezione tubercolare, non prodotta da inoculazione diretta; artrite reumatica; infezione diretta od indiretta degli organi genito-urinari (nefrite, cistite, pielite, endometrite, salpingite, ecc.); adenoma della tiroide, gozzo esolfalmico; dermatite pustolosa; enterite mucosa ed ulcerosa; endocardite ulcerosa, ecc.

La cura medica consiste, secondo l'A., nell'uso dell'olio di paraffina prima d'ogni pasto, nell'applicazione di una fascia elastica all'addome al disotto dell'ombelico per sostenere il colon trasverso, il cieco ed altri visceri prolassati, e nell'alimentazione a base di piccoli pasti.

La cura chirurgica è indicata quando fallisca la cura medica, e può richiedere l'appendicectomia quando l'appendice si interponga nel lume dell'ileo, o l'ileo-colostomia pelvica per abbreviare il circuito intestinale. Se il colon è mobile e pendulo, Lane lo abbassa fino al sigma. Se è possibile, egli reseca l'intestino crasso, se no pratica l'ileo-colostomia. La gastro-enterostomia per dilatazione del duodeno è inutile e pericolosa, secondo Lane. Se l'ulcerazione ha ridotto considerevolmente il lume del piloro, egli esegue la gastro-enterostomia.

Chi ha studiato il lavoro del Lane sulla stasi intestinale, non può non rimanere impressionato dai risultati ottenuti con la gastro-enterostomia, ileo-colostomia, colectomia sole od associate nello stesso soggetto.

Le opinioni non sono unanimi nel giudicare intorno alla necessità di questi interventi chirurgici per combattere la stasi intestinale. Ulteriori e più profonde ricerche da parte dei medici internisti e dei chirurgi dell'addome porteranno alla soluzione di questo problema.

P. S.

La terapia della dissenteria.

La dissenteria è una di quelle malattie che si diffondono in un modo impressionante durante la guerra, quindi non è inopportuno ricordare le regole terapeutiche che riassume il Göppert (*Berl. klin. Woch.*, 12 ottobre 1914). In genere dice l'A. si dà un'importanza grande ai cosidetti assorbenti, quali il carbone animale; però esso preso per bocca può in seguito al lungo uso disturbare seriamente la digestione, forse perchè assorbe pure i succhi digerenti: meglio è somministrarlo per clistieri (1-2 cucchiai sospesi in un litro d'acqua calda): in tal modo si vede che agisce favorevolmente sul tenesmo e diminuisce il numero delle scariche. Nello stesso senso ed anche meglio agisce la creta preparata somministrata in forti dosi anche per bocca. È inutile però insistere sul periodo acuto con una terapia energica perchè si può con sicurezza affermare che tutti gli assorbenti come pure gli astringenti sono inefficaci nel periodo acuto. Di

questi il più indicato è quello che va sotto il nome di pozione del Biermer:

Decotto di ratania . . . . (50.0) 450
Estratto di Campeggio . . . gr. 5-8
Sciroppo di cinnamonio fino a . . 500

2-6 volte al giorno - 2 cucchiai.

Il medicamento migliore resta sempre però l'olio di ricino, almeno in un primo stadio: non è però opportuno continuarlo a lungo.

È bene spesso alternarlo con clistieri di sospensione di creta preparata.

In qualche caso potrà tentarsi l'oppio o l'uzara, specialmente quando i dolori od i tenesmi sono molto intensi: sia l'uno che l'altro possono adoperarsi per bocca o per suppositorio. L'esperienza ha dimostrato che è anche utile la combinazione dell'oppio coll'olio di ricino.

Per quel che si riferisce all'alimentazione è utile consigliare nei primi stadi il digiuno assoluto ovvero una dieta di zuppe mucillaginose o the, o brodo; dopo qualche giorno è necessario iniziare una dieta regolare per non indebolire gli organi digestivi evitando i cibi grassi, lo zucchero ed un eccesso d'idrati di carbonio perchè possono produrre intense fermentazioni. Una dieta molto opportuna è il latte scremato con zuppa di avena o *purée* di patate: essa contiene l'albumina ed i sali sufficienti.

Sono anche indicate le acque alcaline e piccole dosi di succo di carne o di plasmon, sanatogen, ecc., e qualche biscotto. Col migliorare della malattia è opportuno di saggiare la tolleranza dell'individuo ai nuovi alimenti cominciando colla somministrazione di piccole quantità.

P. Alessandrini.

L'argilla sterilizzata nella terapia delle diarree, della dissenteria e del colera asiatico.

L'argilla sterilizzata come antidiarroico patrocinata dallo Stumpf agirebbe meccanicamente e impedirebbe l'invasione dei batteri attraverso la parete intestinale. I risultati sono ottimi senza che esista alcuna azione dannosa.

Gli adulti ingeriscono 200 gr. di creta (Merk) in 400 cmc. d'acqua possibilmente in una sola volta al mattino e dopo due o tre ore il paziente può prendere il suo pasto abituale; però è meglio attendere un tempo maggiore se si vedesse che il rimedio non dà risultato. In certi casi è utile somministrare la dose suddetta due volte al giorno. Un fatto costante nella terapia colla creta è che spesso dopo la prima sommministrazione del rimedio si verificano ripetute scariche diarroiche che non debbono essere interpretate come espressioni dell'inefficacia di esso, ma come un sintoma di guarigione.

Contro le gravi dissenterie, l'A. consiglia di somministrare 200 gr. ogni tre o quattro ore all'inizio della malattia, e poi diminuire fino a 50 gr. Naturalmente la terapia suddetta deve essere coadiuvata da una dieta adattata.

P. Alessandrini.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(594) *Sulle vitamine. Le vitamine del latte.* — Si è creduto fino a pochissimo tempo fa che i componenti essenziali dei nostri cibi fossero delle sostanze ben determinate, e quindi di composizione chimica ben nota. Ma, oltre agli albuminoidi, ai grassi, agli idrocarbonati, ai sali e all'acqua, di recente è risultato che nei nostri alimenti esistono altre sostanze di suprema importanza, che sono state chiamate, dagli esimî scopritori, *vitamine*. Coteste vitamine, abbenchè non entrino a far parte della compagine dei tessuti del nostro organismo, hanno però l'importantissima ed essenzialissima funzione dell'integrale assimilazione del materiale nutritivo circolante nel sangue. La loro azione parrebbe che fosse semplicemente regolatrice; però, sempre di sommo interesse; dappoichè, se esse mancassero in un regime dietetico, questo non potrebbe essere considerato completo, non ostante che fosse ricco di albuminoidi, di grassi, di carboidrati e di sali. Difatti, molti disturbi di nutrizione dei bambini sono prodotti dall'uso di latte bollito; quindi, nei casi che si sia nella necessità dell'allattamento artificiale, bisogna procurarsi del latte di vacca tanto puro che non vi sia bisogno di sterilizzarlo coll'azione del calore. Il professore Holt ha chiaramente dimostrato che il latte riscaldato alla temperatura di 58°-59°, può essere causa di far insorgere nel bambino, che ne faccia uso, lo scorbuto infantile.

Col metodo, adunque, usuale della pastorizzazione, e colla bollitura, il latte perde tutte le sue proprietà; e, perciò, non vale affatto distruggere, come si è ritenuto, bacilli così resistenti come quelli della tubercolosi.

Ora, desidero sapere dalla cortesia di cotesta spettabile Redazione, se si debba o no continuare a raccomandare di bollire il latte per sterilizzarlo; e nel medesimo tempo, se crede, dare più ampie cognizioni sulle *vitamine*, e quali sono i cibi che più ne contengano.

Con anticipati ringraziamenti e distinti saluti

Melfi.

Dott. Michele Galiani.

Il latte contiene almeno due vitamine: l'anti-beriberica e l'anti-scorbutica.

La prima è la sola sostanza chimicamente definita di questo gruppo. Si è ottenuta allo stato cristallino. In principio si ritenne trattarsi di un'amina (onde il nome di amina vitale). Si riscontra in copia nello strato esterno o pericarpo dei semi di cereali (grano, riso, ecc.).

Il consumo quasi esclusivo di riso bianco, dal quale è stato tolto lo strato vitaminico, determina il beriberi, proprio dei paesi orientali. La stessa sindrome beri-berica sembra però prodursi anche nei nostri paesi, quando si consumano in prevalenza cibi privi o poveri di questa sostanza: pane bianco, riso, ecc. Ad essa dovrebbero ascriversi molte polinevriti da causa indeterminata, con disturbi cardiaci e ritenzione idrica. La vitamina anti-beriberica resiste all'ebollizione; onde al latte così sterilizzato non può imputarsi questa sindrome.

La vitamina antiscorbutica è meno bene conosciuta. Si riscontra di preferenza nelle piante fresche (verdure, patate), nella frutta succosa, ecc. Questa vitamina è distrutta, secondo le ricerche di Fröhlich, a temperature inferiori all'ebollizione (78°-98° C.). Facendo uso di cibi conservati, in cui è stata distrutta dal calore, od è spontaneamente scomparsa, s'ingenera lo scorbuto classico. Allo stesso modo il latte bollito determina lo scorbuto infantile o morbo di Barlow; ma la pasteurizzazione verso i 70° C. conserva al latte tutte le sue proprietà nutritive.

Probabilmente esistono altre sostanze ad azioni analoghe (per esempio nel gruppo mal determinato dei lipoidi, esclusi i fosfatidi o lecitine e le colesterine). Così, nel pericarpo del mais vi sarebbero dei principî antipellagrosi, la cui asportazione, prodotta con la molitura e la stacciatura, determinerebbe la sindrome pellagrosa. Si avrebbero degli ormoni specifici dello sviluppo contenuti nel latte. Con la mancanza di vitamine o di sostanze fisiologicamente equivalenti si sono volute mettere in rapporto anche il rachitismo e l'osteomalacia, la spasmofilia dei fanciulli, la tetania endemica dei lavoratori, certi stati di esaurimento, ecc.

Le malattie cagionate da mancanza di vitamine sono state dette avitaminosi.

Cibi ricchi di vitamine sarebbero, oltre quelli nominati, la carne fresca od imperfettamente arrostita, i latticini freschi, il brodo, il tuorlo d'uovo, l'olio di fegato di merluzzo, ecc. Esse abbondano anche nel lievito di birra.

Ne difettano le apprezzate farine bianche di grano e i loro derivati, la farina di mais, il riso pulito, la carne lessa, ecc. Ne sono impoveriti tutti i cibi cotti o conservati a lungo.

In questa rubrica non possiamo dare notizie più estese. Nel « Policlinico » si è già accennato alla questione, che è prospettata ampiamente da Urizio sulla « Rivista Sanitaria » del 15 gennaio 1914; da Verney sulla « Clinica Ostetrica » del 15 settembre 1914 (con speciale riguardo alla ginecologia ed alla pediatria); da Ramoino sui « Pathologica » (in corso di pubblicazione).

Una trattazione completa, in tedesco, è quella dello scopritore Funk (« Die Vitamine », Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1914).

VERNEY.

(595) *Si devono curare i casi di sifilide dubbia?* — Le sarei gratissimo se al più presto possibile a mezzo della « Posta degli abbonati » mi farà rispondere al seguente quesito:

In casi di diagnosi dubbia di sifilide, bisogna praticare la cura antisifilitica?

Dott. Chiarelli Pietro.

Prima di intraprendere la cura antisifilitica bisogna cercare di chiarire la diagnosi con tutti i mezzi possibili (anamnesi, scrupoloso esame clinico, metodi biologici, come la reazione di Wassermann e quella di Noguchi alla luetina). Se vi sono lesioni sospette, si potrà ricorrere anche all'analisi microscopica del materiale, da esse ottenuto mediante espressione, o persino all'esame istologico delle sezioni di tessuto. Il reperto positivo della tipica spirocheta pallida escluderebbe ogni dubbio.

Alle volte però la sifilide può esserci, benchè tutti questi mezzi falliscano. Allora si potrà anche, dato il caso che esistano sintomi sospetti, fare un tentativo di trattamento antiluetico.

Se in seguito a questo i sintomi si emendano o scompaiono, e se non resta alcun'altra possibilità di interpretazione per tale esito che la cura antisifilitica, allora sarà giustificato, secondo l'antica massima *ex juvantibus,* di ritenere che ci troviamo veramente di fronte ad un caso di sifilide.

J. ULLMANN.

(596) *La cuprase nella cura dei tumori maligni.* — Le sarei molto grato se volesse dirmi il suo parere sulla cura della cuprase e se veramente può dare benefici effetti.

Ed ancora se è indifferente adoperare la cuprase del dott. Gaube o la cuprase degli altri Istituti di produzione?

Nel caso dell'ammissione dei benefici effetti, quale l'azione?

Ringrazio anticipatamente e distintamente la riverisco.

Meina sul Lago Maggiore.

Dev.mo: Dott. A. C.

La cuprase, come tante altre sostanze medicamentose che fino ad oggi sono state consigliate per la cura dei tumori maligni inoperabili, non riesce ad arrestare la successiva fatale evoluzione del neoplasma, e tanto meno a farlo regredire.

Pare faccia diminuire i dolori lancinanti del cancro. Ma è da tener presente che le iniezioni di cuprase sono per sè dolorosissime, tanto che conviene far precedere un'iniezione di novocaina nello stesso punto.

È un medicamento consigliabile come gli altri simili « ut aliquid fieri » e per non abbandonare del tutto l'infermo.

È perciò indifferente usare la cuprase del Gaube o quella di altri Istituti.

L. D.

(597) Il dottore B. B. da Firenze vorrebbe conoscere le « indicazioni e le basi fisiologiche dei rimedi più usati o più vantati nelle polmoniti franche: salasso, digitale, ecc. ».

Questa rubrica non comporta un esame della questione; consulti i trattati di Farmacologia e Terapia (Gaglio, Marfori).

R. B.

(598) L'abbonato N. 1791 scrive: « Leggendo il « Policlinico », od ogni rivista o trattato medico, ad ogni pie' sospinto si trova: malattia di...., sintoma di...., prova di...., segno di...., fenomeno di...., reazione di...., con una filza di nomi per lo più esotici che mettono in serio imbarazzo il lettore che non sia specialista della materia.

Potrebbe cotesta spettabile Redazione indicarmi un manuale o dizionarietto da cui si possano facilmente attingere le opportune nozioni? ».

Le suggeriamo: Ferrio, « Terminologia clinica », Unione Tipografico-Editrice Torinese; Caratù, « Dizionarietto tascabile di termini clinici dal nome d'autore », Napoli, Vittorio Idelson; assai completo è il Guttmann, « Medizinische Terminologie », Berlino-Vienna, Urban u. Schwarzenberg.

R. B.

(599) Vuole avere la cortesia di suggerirmi un buon trattato, italiano o francese, originale o no, sulle malattie infettive, con speciale riguardo alle malattie esotiche e dei paesi caldi; ed anche un trattato d'igiene rurale?

Con molti ringraziamenti.

Dott. G. B., abb. n. 3048.

Ottimo trattato di malattie infettive con speciale riguardo alle malattie esotiche è l' « Handbuch der Tropenkrankheiten » di Mense, di cui la casa Barth di Leipzig ha attualmente in corso di pubblicazione la 2ª edizione. Della 1ª edizione esiste una buonissima traduzione italiana pubblica dalla U. T. E. T.

Per l'igiene rurale consigliamo « L'igiene rurale » del Carraroli che fa parte dei Manuali Hoepli e il volume XIII del « Traité d'hygiène » di Brouardel e Mosny (ed. da Baillère, Parigi) che si occupa appunto di igiene rurale e che si vende anche separatamente.

g. s.

(600). Si desidera conoscere qualche recente pubblicazione ove siano ampliamente esposti i metodi di cura medicamentosi e sieroterapici più in voga attualmente presso le primarie cliniche italiane ed estere, contro la tubercolosi polmonare.

D. P. S.

Le consigliamo il vol. I: « Thérapeutique des cliniques de la faculté de Paris », Paris, Société d'édit. scientif. et médic., Place Saint-Michel, 1913; non è ampio, ma in compenso è chiaro e mette bene in evidenza eccessi e deficienze di molte terapie.

t. p.

(601) Desidererei sapere sulla « Posta degli abbonati » dove potrei rivolgermi per avere la « Materia medica e farmacologica » del professor Gaglio e il suo prezzo, non conoscendo io lo Editore.

Desidererei sapere se vi sono altri trattati italiani di materia medica pura sperimentale.

Dott. Corradino Mattioli.

Bevagna (Perugia).

Nella recensione da noi pubblicata nel fascicolo 48 del 1914, pag. 1693, sono contenute le indicazioni richieste.

Un altro buon trattato italiano è quello del Marfori, da noi recensito nel 1913.

Altri trattati italiani sono ormai più o meno antiquati.

R. B.

(602). Avrei bisogno di un libro che sommariamente insegni ciò che è necessario alle Infermiere della Croce Rossa. Se Ella conosce qualche manuale italiano di tali norme Le sarei grato se volesse cortesemente indicarmelo; che se poi non se ne trova in lingua italiana ed invece se ne trova qualcuno in francese od in te-

desco mi farà il favore di indicarmi il nome del manuale, insieme con quello dell'autore e dello editore, perchè scriverò io direttamente.

Catania.

Dott. Angelo Maugeri.

Un manuale per l'Infermiera della Croce Rossa è stato pubblicato a cura dell'Associazione della Croce Rossa, per opera di alcuni dei più distinti ufficiali medici dell'Esercito e della predetta benemerita Associazione. La prima edizione è completamente esaurita, ma attualmente la ristampa è già pronta e verrà messa in vendita fra qualche giorno. Esistono poi anche alcuni libri del genere, francesi, quali: « L'Ecole des Ambulancières et des infirmières » publicato a cura dell'Associazione delle Dame della Croce Rossa francesi e il « Manuel de l'Infirmière Hôpitalière » pubblicato a cura dell'Union des Dames de France.

G. M.

(603). Le sarei particolarmente grato se nella rubrica « Posta degli abbonati » del prossimo numero del « Policlinico » volesse comunicarmi l'indirizzo del periodico « Il Medico ferroviario ».

Dott. L. C.

L'indirizzo del giornale « Il Medico ferroviario » è Roma: via Napoleone III, 75, presso il redattore-capo dott. Paride Fabi.

(604). Dott. F. Z. da P. — Preferiamo non occuparci di specialità farmaceutiche.

A complemento delle indicazioni bibliografiche date nel num. 544 (fasc. 48 del 1914) aggiungiamo:

Silvagni L. « Patogenesi e semeiologia della vertigine ». Roma, Società Editrice Dante Alighieri, 1897 (L. 3);

di quelle date nel n. 583 (fasc. 2 del 1915) aggiungiamo:

Bandelier, Roepke e Maragliano « Diagnostica e Terapia specifiche della tubercolosi », trad.; Società Editrice Libraria, 1911 (L. 10);

di quelle date nel n. 584 (ivi) aggiungiamo:

Rizzi « La depurazione biologica delle acque di rifiuto », Hoepli, 1914 (L. 4.50).

R. B.

Errata-corrige. — Nella lettera del prof. A. Castellani, pubblicata sul fascicolo scorso, a pag. 99, due ultime righe di sinistra, invece di « posta nel termostato a 80 gradi per 24 ore » deve leggersi: « lasciato a temperatura di stanza per 18-24 ore ».

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

M. KLOPSTOCK u. A. KOWARSKY. *Praktikum der Klinischen chemisch-mikroskopichen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden.* Berlin, Urban u. Schwarzenberg, 1915. Mk. 8.

Parlare del manuale del Klopstock ai lettori italiani è opera superflua: esso è stato forse per la maggior parte di essi utile ausilio nelle ricerche di laboratori, necessarie al letto del malato: tutti ne conoscono la sobrietà, la chiarezza, la precisione. Questa nuova edizione, nitidamente ristampata, in volume rilegato e provvisto di figure molto dimostrative, è arricchita con l'esposizione dei metodi più recenti (quali le reazioni di Wassermann e di Abderhalden, p. es.) che devono ormai essere note ai medici anche di media cultura. *t. p.*

C. DANIEL. *L'infection puerpérale. Diagnostic.* Un vol. in-8° gr. di pag. 123. Paris, A. Maloine éditeur, 1914.

Questa esposizione è oltremodo copiosa e diligente. Nella parte diagnostica l'A. studia successivamente l'inizio dell'infezione (post-, ante- e intra-partum), le reazioni generali, locali, prossimiori e a distanza; seguono i dati concernenti lo stato del sangue (batteriemia, tossinemia e sapremia) e la diagnosi differenziale tra etero- e auto-infezione.

La parte concernente il trattamento comporta i diversi metodi clinici e di laboratorio per combattere l'infezione. Un primo capitolo è riservato alla profilassi locale dei genitali (delle infezioni autogene ed eterogene). La profilassi generale include la sieroterapia e la vaccinoterapia preventive, la leucoprofilassi, la metalloterapia colloidale, l'igiene generale. Il trattamento curativo include la terapia intra-uterina, il trattamento chirurgico e la terapia generale, sieroterapia e vaccinoterapia curative, siero artificiale, ascessi di fissazione, trattamento medicamentoso e terapia sintomatica.

Il prof. Daniel si mantiene al corrente delle indagini più recenti. R. B.

Il fascicolo di gennaio 1915 della nostra Sezione Chirurgica conterrà i seguenti lavori, e non già i lavori indicati nel precedente fasc. 3:

1. PIGNATTI A. *L'emostasi negli organi parenchimatosi dell'addome a mezzo di trapianti liberi di tessuti.*
2. BEVACQUA A. *Sull'ematoma perirenale spontaneo. Per una quistione di priorità a proposito dalla patogenesi dell'emorragia.*
3. BAGGIO G. *Intorno ai così detti « tumori flogistici » dell'addome.*
4. CHIASSERINI. *L'iniezione di alcool nei gangli spinali.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici e il terremoto della Marsica.

Il cataclisma che ha devastato una delle più belle ed industriose regioni d'Italia, la conca del Fucino e la valle del Liri, ha fatto numerose vittime tra i nostri colleghi. I medici tutti di Avezzano, quello di Collarmele hanno trovata la morte sotto le macerie mentre attendevano al loro lavoro professionale in giro per le vie o nelle case degli infermi. Molti sono rimasti feriti, alcuni, ben pochi, sono rimasti incolumi.

Per questi, allo strazio della perdita dei loro cari, si è aggiunto quello di non poter dare per mancanza di ogni mezzo, nessun soccorso ai tanti infelici piagati, fratturati, tormentati dallo spasimo del dolore, della fame, dell'assideramento.

Il medico di San Benedetto dei Marsi, dottor Vincenzo De Sanctis, che ricordiamo a titolo di onore, ha raspato per un giorno intero tra i rottami nel punto dove era la farmacia, per trovare qualche fascia, un po' di sublimato.

In loro aiuto sono accorsi da ogni parte i colleghi d'Italia.

Si è lamentata la lentezza con la quale le autorità avrebbero organizzata l'opera di salvataggio, ma non si potrà mai lamentare che i medici non si siano trovati a tempo al loro posto.

Nelle località devastate i primi ad accorrere, i primi a prestare ogni forma di soccorso sono stati i medici, e primi tra questi, i medici delle Ferrovie dello Stato. Non appena si ebbe la notizia del disastro di Avezzano dal Capo del Servizio sanitario delle Ferrovie stesse, dott. Fabbri, furono date disposizioni ai medici di Roma, di Napoli, di Ancona e perfino di Milano e di Torino perchè si fossero recati per diverse vie e col primo mezzo sul luogo del disastro con grandi scorte di materiale di medicazione, di medicine e di cordiali.

Poche ore dopo il terremoto partiva da Roma alla volta di Avezzano con molti medici il carro soccorso, una magnifica sala operatoria munita di tutto il necessario per operare e medicare centinaia di feriti. Il subito accorrere dei medici ferroviari col carro soccorso evitò che si fosse prolungato per oltre 40 ore lo spettacolo macabro di migliaia di feriti sparsi sulle macerie ed invocanti aiuto.

Contemporaneamente da Napoli partivano altri medici che per la via di Roccasecca raggiungevano i Comuni della valle del Liri. Altri medici da Roma, da Ancona, da Torino, da Milano partivano alla volta di Pescina, di Cerchio, di Collarmele.

Questi, dopo aver provveduto alla medicatura di migliaia di feriti raccoltisi nelle stazioni ferroviarie, e dopo l'arrivo di medici dell'Esercito, si spingevano nell'interno della Marsica percorrendo a piedi diecine di chilometri. Essi furono i primi a portare, in quelle località, non solo l'opera di assistenza ai feriti, ma anche abbondante materiale di soccorso, che permise ai medici superstiti di continuare a curare ed a medicare.

Se non altrettanto sollecita non meno proficua fu l'opera di altri sanitarî che di propria iniziativa sono accorsi nei luoghi devastati ed hanno modestamente compiuto il loro dovere. Da Aquila, dai paesi vicini parecchi di tali medici, raccolta una squadra di volenterosi, in mancanza di una precisa indicazione delle località devastate, sono andati in giro per rendersi utili laddove si dovevano disseppellir feriti, dove si dovevano curarli.

È stato visto il dott. Maffi, deputato al Parlamento, spingersi a piedi con la sua signora, una valente infermiera, fino a Lecce dei Marsi distante dalla più prossima stazione, da Pescina, oltre 18 chilometri, e là, dove il medico incolume era impotente a disimpegnare l'opera sua, portare conforto, aiuto, assistenza ai feriti.

Alla schiera di questi volenterosi si aggiunsero poi i medici dell'Esercito, che con non minor zelo attesero all'opera pietosa e difficile.

I mezzi di cui si poteva disporre, data la lontananza da grandi centri, non erano certo esuberanti e confacienti alla cura delle gravissime lesioni che presentavano le vittime del terremoto.

Le ferite, specie quelle della testa, erano coperte da un fittissimo strato di terriccio calcificato, per asportare il quale era necessario un abbondante lavaggio e un raschiamento e quindi un tempo molto lungo, mentre da ogni parte i feriti pressavano per essere curati. Sarebbe stato necessario praticare a tutti i feriti la iniezione di un siero antitetanico, ma non si aveva a portata di mano tale siero e forse non sarebbe stato sufficiente per i tanti feriti tutto il siero esistente nei depositi.

Si è fatto largo uso di acqua ossigenata e di tintura di iodio, e si spera così di avere evitato più terribili complicanze.

Si faranno certo in seguito delle statistiche sulla natura e sulla gravità delle lesioni ripor-

tate dalle vittime del terremoto della Marsica, si può per ora accennare al fatto che in prevalenza si sono constatate fratture comminute esposte degli arti inferiori, fratture delle clavicole, e larghe ferite del cuoio capelluto con perdita di sostanza.

Coloro che furono disseppelliti dopo qualche giorno presentavano una forma grave di *shok,* e parecchi dopo breve tempo morivano.

In molti di tali casi più che con l'uso di iniezioni eccitanti si sono ottenuti dei risultati miracolosi con l'uso di iniezioni di morfina.

DR.

Per i medici del Belgio.

Si moltiplicano le nobili iniziative in seno alla classe medica Italiana.

Il Congresso dei delegati dell'A. N. M. C., testè tenutosi a Bologna, ha deliberato di mettere L. 3500 a disposizione dell'Associazione dei medici belgi e delle loro famiglie. La deliberazione è stata partecipata al console generale del Belgio residente a Milano, il quale ha così risposto:

Milan, le 29 décembre 1914.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous accuser la réception de votre lettre du 27 courant par laquelle vous voulez bien me faire savoir que l'honorable Associazione Nazionale dei medici condotti dans son récent Congrès à Bologne, avait voté la somme de lires 3500 au profit de l'Association des médecins de Belgique e de leurs familles.

J'aurai soin de faire remettre cette somme, avec le montant déjà versé par l'egregio signor Dott. A. Filippetti de Milan, par l'intermédiaire du ministre des affaires étrangères de Belgique au Havre, au président de l'Ordre des médecins de Belgique.

En vous priant de bien vouloir présenter l'expression de ma profonde gratitude aux Membres de votre honorable Association et d'accepter pour vous, Monsieur le Président, avec mes plus sincères remerciements l'assurance de ma haute considération,

LÉON DOSSOGNE.

***

A Napoli si sono costituiti un Comitato d'onore ed uno esecutivo per provvedere ai medici del Belgio. Ne fanno parte senatori, deputati, alte personalità mediche.

I due Comitati hanno tenuto una riunione plenaria il 6 gennaio corr., sotto la presidenza dell'on. prof. V. Gianturco. Fu deliberato di far tenere una conferenza in un teatro della città, di far stampare le schede di sottoscrizione da spedire alle associazioni e organizzazioni mediche del Mezzogiorno d'Italia, di diramare ai medici un appello, il quale è stato redatto dal prof. P. Capasso.

***

L'Ordine del medici della provincia di Roma ha diretto ai colleghi la seguente circolare:

Le miserande condizioni in cui fu ridotto il Belgio a causa della guerra immane che si combatte, hanno giustamente commosso ed addolorato il mondo civile e non potevano lasciare indifferenti i Medici Italiani che, per quella Nazione e specialmente per la classe sanitaria, sanno di avere debiti inestinguibili di riconoscenza. E, se noi non dovessimo rammentare la somma rilevantissima che, dopo il terremoto calabro-siculo del 1908, per iniziativa del prof. Jacobs di Bruxelles, fu versata al collegio di Perugia a beneficio degli Orfani dei Sanitari periti in quella catastrofe, dovremmo pure tener presenti le parole di affetto, di solidarietà, di commiserazione con cui l'offerta cospicua veniva accompagnata.

Per sentimento di riconoscenza e di collegialità i medici italiani debbono ora non dimenticare. E, per vero, l'Assemblea Federale degli Ordini, tenutasi a Bologna il 20 e 21 dicembre passato, stabiliva di aprire una sottoscrizione fra gli Ordini tutti del Regno, e fra gli iscritti nei rispettivi albi, per venire in aiuto dei colleghi del Belgio, delle loro vedove, dei loro orfani.

Il Consiglio Federale ha votato, per suo conto, la somma di L. 1000; ed il Consiglio dell'Ordine di Roma ha erogato, per lo stsso fine, L. 500. Vogliamo però rivolgere viva preghiera a tutti gli iscritti nel nostro albo perchè mandino, senza indugio, la loro offerta personale, che sarà consegnata subito alle Autorità consolari belghe risiedenti in Roma, onde sia inviata a destinazione.

Gli aiuti riescono tanto più efficaci quanto più sono solleciti: e noi, rivolgendoci al cuore dei Colleghi, siamo certi che essi ci daranno modo di provare ai colleghi del Belgio che per i medici della Provincia di Roma le parole di solidarietà nella sventura e di riconoscenza, non sono parole vane.

P.S. — Delle offerte pervenute a quest'Ordine sarà inviata regolare quietanza e data notizia nei giornali professionali.

L'eleggibilità amministrativa dei medici comunali supplenti.

Alla prima sezione della Corte di Appello di Milano è stata pubblicata la sentenza in una causa elettorale promossa per ottenere l'annullamento dell'elezione a consigliere provinciale del dott. Riccardo Zavaldi, medico condotto supplente di Como. La sentenza accoglie pienamente le conclusioni svolte dalla difesa a favore del contestato e sancisce la massima che, mentre è affatto da escludersi, a mente di legge, l'eleggibilità dei medici comunali effettivi, tale esclusione non può estendersi ai supplenti, in quanto « la natura non continuativa nè permanente del rapporto non presta alla retribuzione i caratteri dello stipendio ed esclude la qualità d'impiegato ».

Nell'Ordine dei medici di Genova. — In seguito all'elezione dei consiglieri dell'Ordine dei medici, avvenuta il giorno 28 novembre u. s., ed all'elezione delle cariche fatte nella seduta del 5 gennaio corr., il Consiglio amministrativo per il resto del biennio 1914-1915 risulta costituito come segue: dottori Stefano Personali, presidente; Mario Mossa, segretario; Giuseppe Venzano, tesoriere; Augusto Audoly, Bartolomeo Morello, prof. Gian Giacomo Perrando, Francesco Maria Raffo, consiglieri.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4956) *Bando di concorso - Ritardo nella comunicazione.* — Il Dott. A. A. S. da P. chiede conoscere se e quale diritto egli possa come interino sperimentare per ottenere la sollecita nomina a titolare, dal momento che per colpa del Comune o delle autorità competenti non si è avuto cura di pubblicare finora il bando del concorso.

Ella come interino, cioè, come aspirante alla nomina definitiva non ha alcun diritto da far valere di fronte al Comune o ad altri pel ritardo frapposto nella pubblicazione del bando. La sua è al presente una semplice aspettativa, che non porta con sè come legale conseguenza azione per danni. Si adoperi perchè a quello che non fu fatto fino ad ora si provveda con la sollecitudine che il bisogno di ordinare stabilmente il servizio saniario su *loco* ineluttabilmente richiede.

(4957) *Servizio militare.* — Il Dott. abbonato 842 già 1425 chiede conoscere se in caso di chiamata sotto le armi venga conservato il posto di medico condotto fino al ritorno del titolare e se la estrazione dei denti sia gratuita per il medico a condotta piena.

Il posto di medico condotto, in caso di chiamata sotto le armi resta conservato fino a quando il militare non faccia ritorno. Sarebbe illegittimo un licenziamento motivato su tale chiamata, che può equipararsi a caso di forza maggiore. L'estrazione dei denti, non è computo essenziale del medico condotto. Se, quindi, egli la fa ha diritto a speciale compenso anche dagli abbienti in caso di condotta piena.

(4959) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. D. S. da N. desidera conoscere se fino alla sistemazione definitiva del servizio igienico egli, come medico condotto debba seguitare ad esercitare le funzioni di ufficiale sanitario, di cui trovasi investito con decreto prefettizio ed in linea provvisoria fin dal 1908. Fa rilevare che di due liberi esercenti esistenti nel Comune nessuno è adatto per lo esercizio di tale carica.

Fino a quando non sarà bandito il concorso per la nomina dell'ufficiale sanitario di codesto Comune Ella non può essere privato dello incarico provvisorio. Nè vi sarebbe conveniente ragione per fare innovazioni nella imminenza di una sistemazione definitiva dell'ufficio. Per Lei non è applicabile il disposto dello articolo 206 della legge sanitaria relativo alla esenzione del periodo di prova e del concorso perchè nel 31 dicembre 1912, epoca ritenuta per attuazione della legge sanitaria del 1914, rivestiva la carica di medico condotto. Dimettendosi ora non muterebbe lo stato attuale di cose a Lei contrario. Se desidera provarsi, deve attendere che si bandisca il concorso e prendervi parte, dimettendosi previamente dallo ufficio di medico condotto. I due liberi esercenti se aspirano alla nomina, debbono egualmente esporsi al concorso, non risultando che abbiano titoli di carriera sufficienti per esserne esentati.

(4960) *Stabilità - Condotta piena.* — Il Dott. Abbonato 1417 già 2343 desidera conoscere: 1° Se un medico che ha prestato oltre un biennio di servizio provvisorio diventi stabile appena conseguita la nomina in base a concorso; 2° Se un Comune che ha un medico stabile pei poveri possa allargare la condotta anche agli agiati, pur senza eccedere il limite legale della sovraimposta; 3° Se nella affermativa possa essere assunto altro medico per la condotta piena o debba essere preferito il condottato e se questi possa opporsi, nel caso contrario.

Il medico condotto che prima della nomina a mezzo di concorso abbia prestato servizio con nomina provvisoria per oltre un biennio, diventa immediatamente stabile, giacchè il periodo di interinato, per costante giurisprudenza, si computa in quello di prova. Non ostante che il Comune tenga il proprio medico pei poveri già stabile, può sempre elevare la condotta al

servizio della generalità, tanto più se, come Ella dice, non si eccede il limite legale della sovraimposta. Tale facoltà deriva da quella sancita nella legge comunale e provinciale secondo cui ai Comuni è consentito sostenere spese facoltative, come quella in esame, sempre che non eccedono la sovraimposta. Nel caso che il Comune si inducesse, con l'approvazione delle superiori competenti autorità, ad estendere la condotta, il medico dei poveri stabile ne diverrebbe titolare, giacchè nel caso non trattasi di istituzione di una nuova condotta ma di semplice amplificazione di quella esistente. Qualora l'unico titolare non potesse da solo provvedere all'intero servizio, occorrerebbe dividere in due la condotta, ma allora ognuno dei titolari avrebbe il compito di provvedere alla cura dei poveri e degli agiati compresi nella rispettiva circoscrizione. La nomina di un medico condotto speciale per gli agiati non è consentita perchè il fatto equivarrebbe ad una implicita duplicazione della condotta e ciò con violazione delle disposizioni delle leggi vigenti in materia e con offesa dei diritti del sanitario in carica. Contro tale nomina potrebbe ricorrere al Sig. Prefetto della Provincia.

(4962) *Domicilio di soccorso - Inabili al lavoro.* — Il Dott. U. R. da C. desidera conoscere se le disposizioni di legge relative al domicilio di soccorso sieno applicabili ai ricoverati in ospizii di mendicità come inabili a lavoro.

Per gli inabili al lavoro, ricoverati negli ospizii di mendicità non è applicabile la norma relativa al domicilio di soccorso. Al pagamento della spesa del ricovero è tenuta la Congregazione di Carità del Comune di origine, le opere pie elemosiniere ivi esistenti e le altre opere pie e le confraternite. Mancando o essendo insufficiente il concorso degli enti sopraindicati la spesa totale o parziale sarà a carico del Comune di origine, e ove neanche questi sia in grado di provvedere, sarà a carico dello Stato.

(4963) *Tassa focatico - Avviso d'iscrizione - Interessi su somme non pagate.* — Il Dottor U. de C. da C. sul C., desidera conoscere se è applicabile la tassa focatico a chi risiede in un Comune come interino e non come titolare di una condotta, se deve pagare tale tassa chi lascia la residenza nel settimo mese dell'anno, se è causa di nullità della imposizione della tassa la notifica dell'avviso di iscrizione avvenuta nel 2 gennaio anzi che nel giorno 1 dicembre e se l'interesse del 6 % deliberato dal Comune su competenze arretrate, possa essere revocato dal Comune stesso per non avvenuta deliberazione a suo tempo e per la non mai intervenuta approvazione tutoria.

La tassa focatico si paga da tutti coloro che almeno per un semestre hanno avuto residenza in un determinato Comune. Avendo Ella prestato servizio come interino dal gennaio a luglio, ed avendo per conseguenza risieduto *in loco* per oltre un semestre, deve pagare l'intero anno. Nè rende nulla l'imposizione della tassa il ritardo avvenuto nella notifica del relativo avviso di iscrizione tanto più in quanto trattasi di ruolo suppletivo. I termini per ricorrere decorrono, però, sempre dal 2 gennaio, giorno delle effettiva avvenuta notifica. Non è legittima la concessione dell'interesse del 6 % sulle somme di cui va creditore se, a suo tempo, non intervenne alcuna deliberazione di Consiglio o di Giunta. Gli interessi decorrono, *de jure*, dal giorno della domanda giudiziale.

(4964) *Sessennî.* — Il dott. C. L. da C. desidera conoscere se il diritto al sessennio si perda intervenendo aumento di stipendio, su quale stipendio si liquida il sessennio e se per ottenere il sessennio occorra fare domanda.

Durante i sei anni necessarî per maturarsi il sessennio non si ha diritto di conseguirlo ma semplice aspettativa. Intervenendo un aumento di stipendio l'aspettativa si spezza, e comincia a decorrere un nuovo periodo sessennale. Quando, però, questo nuovo periodo si compie e si acquista il diritto ad ottenere l'aumento, esso è commisurato allo stipendio che si è goduto durante gli ultimi sei anni di servizio, e non su quello iniziale, salvo eventuali contrarii patti contenuti nel capitolato. Per ottenere l'aumento sessennale, quando se ne è acquistato il diritto, non occorre speciale domanda, nè deliberazione. Sempre che nel capitolato o nel regolamento sia stata prevista la concessione dello aumento sessennale, questa si avvera di diritto all'epoca prestabilita.

(4965) *Limite di età - Facoltà della G. P. A.* — Il Dott. abbonato 4057 desidera conoscere se la G. P. A. possa rifiutarsi ad approvare il capitolato per la condotta medica chirurgica osservando che l'età prefissa deve essere, nel pubblico interesse, ridotta da 50 a 45 anni. Domanda *quid juris* da parte del Comune in caso di non approvazione.

La Giunta non può non approvare il capitolato così come fu proposto dal Comune, che è libero di fissare quel limite di età, che meglio crede, salvo, si intende, la eccezione per coloro che avessero già prestato precedente servizio in altre condotte. Contro la decisione della G. P. A. come sopra adottata, il Comune può ricorrere al Governo del Re giusta l'articolo 199 della vigente legge comunale e provinciale.

(4967) *Visita delle carni da macello - Compenso del medico condotto.* — Al Dott. I. C. da M. di G. rispondiamo che il medico condotto non è mai obbligato ad eseguire la visita della carne da macello, nè a riscuotere diritti di macellazione, in luogo e vece del veterinario comunale e ciò anche quando egli per l'esercizio della sua carica risieda nel luogo o frazione in cui si opera la macellazione.

(4968) *Elenco dei poveri - Compenso armadio farmaceutico - Domanda alla G. P. A. per aumento di stipendio.* — Il Dott. F. P. da M. S. desidera conoscere se come medico a cura piena possa ricorrere contro lo elenco formulato dalla Giunta municipale pei poveri rilevando che in esso potrebbero essere comprese altre 50 o 60 famiglie, se sopprimendosi l'armadio farmaceutico egli perda il relativo assegno e se possa rifiutarsi a gestirlo. Se, infine, sia confacente avanzare domanda alla G. P. A. per congruo aumento di stipendio.

Quando la condotta è piena a nulla monta che l'elenco dei poveri sia più o meno ristretto. Il medico non ha motivo di dolersi e, quindi, di reclamare. Allorchè la condotta sarà ridotta, avranno diritto alla cura gratuita i soli poveri che si troveranno iscritti nello elenco, salvo, si intende, le ulteriori revisioni annuali. Il medico condotto non può rifiutarsi di gestire l'armadio farmaceutico. In caso che questo venisse soppresso si perde l'indennità relativa alla gestione. Sempre quando Ella creda che di fronte al lavoro che è obbligato a sostenere non adeguato sia il compenso, ben può chiedere alla G. P. A. congruo aumento di stipendio, ai sensi dello articolo 26 della vigente legge sanitaria. Formuli la domanda inserendo in essa tutte le ragioni che crede del suo interesse onde dimostrare che il lavoro è molto e che il compenso è poco.

(4970) *Infermità sopraggiunta dopo date le dimissioni - Stipendio.* — Il Dott. C. T. da M. espone che avendo rassegnate le dimissioni dalla carica di medico condotto due mesi prima, giusta analoga disposizione contenuta nel capitolato con dichiarazione che durante il secondo mese si sarebbe fatto sostituire da un altro collega, durante tale secondo mese si ammala. Il Comune pensa da sè a sostituirlo. Chiede ora conoscere se ha diritto a farsi pagare lo stipendio del secondo mese, e, nella affermativa, con quali mezzi.

Noi riteniamo che il Comune sia obbligato a corrisponderle lo stipendio del secondo mese, perchè Ella, fino all'ultimo giorno di esso, era pur sempre il medico titolare della condotta. È vero che aveva preannunziato la sostituzione a mezzo di altro collega, ma tale preannunzio era rimasto eliminato dal sopraggiunto caso di forza maggiore, rappresentato dalla infermità. Se Ella fosse stata in condizioni normali di salute avrebbe mantenuta la fatta dichiarazione, sopraggiunta la infermità non ha potuto più muoversi ed è rimasto, sebbene inoperoso, in residenza. Qualora il Comune si rifiuti al pagamento può ben ricorrere alla autorità giudiziaria con buona speranza di successo.

(4971) *Servizio di giurato da parte del medico condotto.* — Il Dott. abbonato n. 4284 desidera conoscere se in caso di chiamata come giurato, sia l'altro collega della condotta obbligato a sostituirlo con o senza compenso.

Il servizio di giurato è obbligatorio. Il medico condotto, regolarmente citato, deve adempierlo. Alla sostituzione deve provvedere il Comune, che d'ordinario, quando la condotta è plurima, incarica l'altro collega che resta in residenza. Trattandosi di sol pochi giorni, la sostituzione può essere anche gratuita con diritto di reciprocità.

(4972) *Sospensione del medico condotto.* — Il Dott. abbonato n. 4296 desidera conoscere se il Consiglio comunale può infliggere al medico condotto la pena della sospensione dello stipendio e se all'applicazione di detta pena deve precedere il parere del Consiglio di disciplina stabilito pei segretarî e per gli altri impiegati municipali.

La giurisprudenza è concorde nel ritenere che il Consiglio comunale possa infliggere al medico condotto la pena della sospensione dallo stipendio. Però pel medico condotto non occorre il previo parere del Consiglio di disciplina.

(4975) *Ufficiale sanitario - Congedo per infermità.* — Il Dott. G. M. da S. espone che essendosi ammalato a seguito di strapazzato lavoro sostenuto come ufficiale sanitario durante una epidemia di morbillo, il sindaco lo ha privato dello assegno corrispondente ai mesi di infermità. Desidera conoscere se ciò sia legale.

All'ufficiale sanitario, come al medico condotto, compete un congedo straordinario in caso di infermità con supplenza a carico del Comune. Il congedo però deve essere chiesto e concesso dal prefetto della provincia, a norma dello articolo 84 del regolamento 19 luglio 1906 Chieda la ratifica della assenza al prelodato signor prefetto ed il sindaco non avrà più ragione di rifiutarle il compenso che, a nostro avviso, Le è giustamente dovuto.

(4978) *Pelli di animali morti per tetano.* — Al Dott. F. N. da M. rispondiamo che dal momento che il regolamento di polizia veterinaria non parla di tetano, non è obbligatoria la disinfezione delle pelli di animali morti da tale infermità.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

AGGIUS (*Sassari*). — Condotta di Trinità di Agultu con L. 3935 lorde. Scadenza 5 febbr.

BURGIO (*Girgenti*). — Condotta; L. 2500 pei poveri. Scadenza 31 gennaio.

CASALETTO SPARTANO (*Salerno*). — Condotto gener.; L. 2000 oltre L. 250 se U. S. Scad. 30 genn.

* CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — 2ª condotta piena; L. 3000 lorde e L. 700 per cav. obbligatoria; L. 0.50 per ogni visita oltre un km. dalla residenza; due sessenni. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 5 gennaio.

CESSOLE (*Alessandria*). — Popolazione 1500. Stip. lordo L. 2200 per circa 35 poveri, L. 100 quale U. S. e L. 200 mese cong. Scad. 31 genn.

CHIAMPO (*Vicenza*). — Condotta consorziale con San Pietro e Musolino; L. 3500 e L. 300 pel mantenimento cavallo. Scadenza 5 febbraio.

CHIESA (*Sondrio*). — Consorzio con Lanzada e Caspoggio. L. 4200 cura piena. L. 300 U. S. Tre aum. sessenn. Mese licenza. Scad. 31 genn.

CHIUSI IN CASENTINO (*Arezzo*). — Condotta residenziale; L. 2600 per circa 2429 poveri; L. 602 per circa 1085 semi-abbienti; L. 100 quale U. S.; L. 700 per cav., lorde, con due sessenni; L. 300 circa sugli utili per la gestione a. f.; L. 350 per supplenza. Servizio entro 10 giorni. A tutto 15 febbraio.

COLEGNE BRESCIANO (*Brescia*). — A tutto il 31 gennaio. Residenziale. Ab. 2476, poveri 1500. Stipendio L. 3250. U. S. L. 100. Mezzo trasp. L. 400. Alloggio bellissimo gratuito. Tre aumenti sessennali.

COSENZA. *Ospedale civile*. — Direttore; L. 4000 lorde e tre quinquenni del 15 %. Età 30-50 anni. Richiedesi la libera docenza in clinica chirurgica. Documenti al presidente della Deputazione provinciale. Scadenza 60 giorni dal 2 gennaio.

CREMONA. *Spedale Ugolani Dati*. — Tre medici chirurgi assistenti biennali; L. 1500 nette, oltre L. 12 per ogni guardia notturna (circa 7 al mese) e L. 150 pel servizio di poliambulanza. Voti agli esami universitari. Eventuale conferma bienn. Scad. 20 febbr. Serv. col 1° marzo.

FIRENZUOLA (*Firenze*). — Quarta condotta (Piancaldoli) soli poveri; L. 3800; indennità congedo L. 350. Scadenza 31 gennaio.

LORETO (*Ancona*). *Ospedale della Santa Casa*. — Cercasi assistente giovane pronto ad assumere subito il servizio. Stipendio L. 200 mensili lorde di R. M. Camera con riscaldamento. Prima colazione. Inviare domanda e elenco dei titoli al direttore dell'ospedale.

LODI. *Consiglio degli Ospedali*. — Nell'Ospedale Maggiore è vacante un posto di medico assistente, con l'annuo assegno di L. 1400 nette da imposta di R. M., oltre L. 600 circa annue per giornate di guardia in turno di tre, con alloggio, ecc., gratuiti. Il concorso è aperto sino a tutto il 31 gennaio.

LUCCA SICULA (*Girgenti*). — È aperto il concorso fino al 31 gennaio per la 2ª condotta medica. Cura piena; popolazione 2600; stipendio lordo L. 2500 annue.

MIANE (*Treviso*). — Condotta libera; L. 4150. Scad. 29 gennaio.

MILANO. *Consiglio degli Istituti ospitalieri*. — Medico vice-ispettore; L. 3200 nette di R. M.; quattro quadrienni di L. 500. Titoli ed esami. Servizio notturno. Anno di prova. Docum. al Protocollo del Consiglio non oltre le ore 16 del 10 febbraio. Età massima 35 anni.

PENTIMA (*Aquila*). — Condotta a tutta cura, popolazione riunita, incerti profess. dalle famiglie dei malati. Stip. L. 3200 di cui 2600 p. poveri, 600 per gli abbienti, L. 300 ufficiale sanitario. Sessenni. Scade 26 gennaio.

PONZA (*Caserta*). — Condotta piena nella borgata Forna; L. 3000 oltre L. 1000 disagiata residenza, lorde. Scadenza 28 febbraio.

POZZO ALTO (*Pesaro*). — Condotto; L. 3900 (ripartite L. 3000 per i pov., L. 600 per i semi-abb., L. 300 cavalc. senza obbligo, L. 100 U. S.); alloggio; assicurazione (L. 12,000 caso morte; L. 20,000 per invalidità permanente; L. 8 al giorno caso invalidità tempor.). Scad. 25 genn.

ROCCACASALE (*Aquila*). — Medico per la generalità degli abitanti che sono 1900 riuniti. Paese in montagna 400 m. sul livello del mare. L. 3000; 200 per uff. san. Sessenni. Scade 10 febbraio.

ROCCADEBALDI (*Cuneo*). — Medico poveri; popolaz. 2663; L. 2150 lorde. Scad. 10 febbraio.

ROCCA DI CAVE (*Roma*). — Condotto; L. 3000 più L. 100 per a. f. Scadenza 31 gennaio.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Due primarî radiologi. Tirocinio di aiuto medico o chirurgico a Roma. Scadenza ore 16 del 20 febbr. Età massima 45 anni. - Due aiuti radiologi. Età massima 35 anni. Tirocinio di assistente medico-chirurgo a Roma. Scad. ore 16 del 15 febbraio. Titoli ed esperimenti. Sono equiparati ai cittadini italiani gli italiani di altri paesi quando anche manchino della naturalità. Iscrizione all'Ordine. Elezione di domicilio in Roma. Titoli ed esperimenti.

SAN GIORGIO LOMELLINA (*Pavia*). — Ab. 3269. Medico generalità; L. 4800 e L. 200 Uff. San., L. 500 mezzi trasporto. Scad. 31 gennaio.

* SAN LORENZO IN CAMPO (*Pesaro-Urbino*). — Medico per S. Vito sul Cesano; condotta semiresidenziale; L. 4150 lorde con 3 sessenni. Assunz. in servizio entro 15 giorni. Scad. 12 febbr.

* SARTEANO (*Siena*). — 2ª condotta; ab. 1000 in paese e 1400 in campagna; lorde L. 2000 p. poveri, L. 1150 p. abb., e L. 250 p. supplenza; L. 700 nette p. cav., tre sessenni di L. 300; assicuraz. Scad. 15 febbr.

SASSETTA (*Pisa*). — Condotta unica a tutta cura per 1372 ab. in parte agglomerati e in parte sparsi; L. 3500 lorde senz'obbligo cavalc.; L. 100 indennità U. S. Età non superiore ai 40 anni salvo e. r. Scadenza 31 gennaio.

SERRA DEI CONTI (*Ancona*). — Due condotte; L. 3000 per 1000 poveri, L. 75 per ogni 100 poveri in più, L. 800 semiabbienti, L. 700 cavallo; tre sessenni; L. 200 U. S. Popolazione 3052; ospedale. Scadenza 27 gennaio.

* SINALUNGA (*Siena*). — A tutto il 5 febbr., 2ª condotta; età limite 33 anni; biennio di osp.; titoli chirurgici; ab. 2111 in 14 cmq. L. 2834

pei poveri, L. 666 p. gli abb., due sessenni di L. 350, L. 500 dall'osped., L. 250 per supplenza, L. 600 per cav., assicuraz., provento visite. Servizio entro 15 giorni.

Suvereto (*Pisa*). — A tutto il 15 febbr., prima condotta; L. 3400 con tre sessennî, lorde, pei poveri ed i semi-abbienti; L. 300 per cav.; ettari 4500, ab. 3593. Servizio entro 15 giorni.

Tesili (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 3250 lorde e 100 per a. f. se istituito. Popolazione 1300. Scadenza 31 gennaio.

Trino (*Novara*). — Condotta per Robella di Trino, alle ore 17 del 31 gennaio; L. 1600 lorde per 300 poveri; per ogni povero in più L. 2.50; tre sessenni. Servizio entro 20 giorni.

Vicenza. *Ospedale civile.* — Medico chirurgo secondario. Scad. ore 16 del 31 genn. Iscrizione in un Ordine. Nomina bienn. L. 1700 lorde, alloggio, L. 4 e vitto nei giorni di guardia.

Viganella (*Novara*). — Consorzio; kmq. 25 circa, in montagna; ab. 2415; L. 3200 lorde pei poveri (20 % incirca); eventuale estensione alla generalità per alcuni Comuni. Scad. 31 genn

Medico-chirurgo con 15 anni di laurea, rimasto senza condotta causa il terremoto, cercherebbe interinato buone condizioni, preferibilmente in Comune senza frazioni, nell'Alta e nella Media Italia. Scrivere al dott. De Paulis in Aielli (Aquila).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide: Bagni della Porretta e Castiglione dei Pepoli (Bologna), Calosso (Alessandria), Prato Sesia (Novara).

Riconferma di diffide: Villafranca e Celle Enemondo (Alessandria).

Revoca di diffide: Monticello Brianza (Como), Neire e Montà (Cuneo).

La sezione di Lodi dell'A. N. M. C. rammenta di aver revocato la diffida di Zorlesco.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Società neurologica di Philadelphia, in occasione delle feste per l'anniversario del 50° anno della sua fondazione, ha eletto a membro onorario corrispondente per l'Italia il prof. Giovanni Mingazzini.

Il prof. Giovanni Mingazzini è stato nominato anche socio onorario dell'Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Vivi rallegramenti al nostro esimio collaboratore ed ottimo amico.

* * *

Ha conseguito brillantemente la libera docenza in oto-rino-laringoiatria nella R. Università di Roma il dott. Aurelio Fiori Ratti, ottenendo i pieni voti e riscuotendo la lode della Commissione esaminatrice composta dei professori senatore Todaro, Ferreri, Alessandrini, Grassi e Capaldo.

Rallegramenti da parte della Redazione.

Nel Corpo Sanitario Militare.

Ufficiali in servizio permanente:

Capitani promossi maggiori: Brunello Augusto, Cantafora Nicolò (a scelta), Cimino Francescantonio, Grillo Ettore, Memmo Giovanni (a scelta).

Tenenti promossi capitani: Bruno Francesco, Sassoli Ernesto, Battistini Camillo, Perrier Stefano, De Bernardinis Virginio, Crespellani Carlo, Ciaccio Vito, Scibetta Gaetano, Citelli Alessandro, Forti Igino, De Simone Giuseppe, Mazzetti Carlo, Cucinotta Alfredo, Giagnoni Pietro, Manganaro Carmelo, Azzaro Giuseppe, Visconti Giuseppe.

Ufficiali in posizione di servizio ausiliario:

Colonnello promosso a maggiore generale: Massa Giuseppe.

Ufficiali di riserva:

Colonnello promosso maggiore generale: Caradonna Antonino.

Nell'Amministrazione Sanitaria.

Il dott. cav. V. Quarta, medico provinciale aggiunto di 2ª classe è nominato segretario medico di 1ª classe.

Sono promossi di classe i medici provinciali: De Vendictis cav. dott. Giulio e Labranca dott. Antonio e i medici provinciali aggiunti Amalfitano dott. Giuseppe e Rosa dott. Donatantonio.

Sono trasferiti i seguenti medici provinciali: Conti cav. dott. Alfredo, ad Ascoli, De Bella cav. dott. Clemente, a Bologna, Wolner uff. dottor Giulio, da Bologna a Brescia, Salaroli cav. dott. Melezio Lamberto, da Cagliari ad Ancona, Fratini cav. dott. Fortunato, da Cosenza a Ravenna, Fiore cav. dott. Gaetano, da Messina a Firenze, Albertazzi cav. dott. Alessandro, da Foggia a Cagliari, Matera cav. dott. Ulderico, da Brescia a Lecce, Tavernari cav. prof. Luigi, da Firenze a Parma, Oliari dott. Alceste, da Parma a Napoli (porto), Messi cav. dott. Gustavo, da Benevento a Foggia.

Sono trasferiti i medici provinciali aggiunti: Angeletti dott. Nazareno, da Pisa a Cosenza, Monti dott. Giuseppe, da Novara a Sondrio, Pennella dott. Michele, da Avellino a Benevento.

Sono promossi di classe i seguenti medici di porto: Piccininni dott. Francesco, Tecce dottor Nicola (fuori ruolo), Raimondi dott. Ignazio.

Il dott. Sica cav. Carlo, medico di porto, è destinato a Messina.

Sono trasferiti i seguenti medici di porto: Ghiglione dott. Gian Carlo, da Genova a Belluno, Clemente dott. Antonio, da Venezia a Genova, Siacci dott. Ugo, da Napoli a Venezia.

I dottori Gaspare Grignani e Mariano De Gaetano sono nominati componenti il C. S. di Trapani; il dott. Italo Loleo è nominato componente il C. S. di Como.

* * *

Arezzo. — A direttore della Scuola d'ostetricia è stato nominato il prof. Emilio Santi.

Trieste. — Al dott. Giovanni Kalò è riconosciuto il diritto all'esercizio della pratica medica nella città.

Milano. — Il dott. Tempini Marino è nominato assistente alla clinica delle malattie professionali.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

LETTERE DA PARIGI.

Trasporto dei feriti gravi a mezzo di barche. — Chiunque ha avuto occasione di viaggiare in Germania, in Russia e in Francia avrà di sovente osservato che le innumerevoli reti di canali navigabili che coprono quelle regioni e che servono di potente ausilio e di incremento al commercio, sono percorse da grandi *barconi* tirati da rimorchiatori a vapore sui grandi canali o i fiumi e a forza di cavalli lungo le rive nei canali minori. Questi barconi, designati in francese col nome di « péniches », servono al trasporto di ogni mercanzia. Essi sono lunghi dai trenta ai quaranta metri e larghi dai quattro ai cinque metri. Contengono una piccola abitazione per il marinaio e la sua famiglia, che non abbandonano quasi mai l'imbarcazione, e l'altezza utilizzabile per le merci è di quattro metri circa. Come si vede, tali « péniches » possono portare delle quantità notevoli di mercanzie ed è a causa del loro numero e del loro grande traffico, che Parigi, malgrado sia situata parecchie centinaia di chilometri lontana dalla foce della Senna, viene considerata come il *primo* porto marittimo commerciale della Francia.

Ora, in tempo di guerra, un grandissimo numero di queste « péniches » sono legate alle sponde e giacciono inutilizzate a causa del diminuito traffico, e ancora ne è aumentato il numero a causa delle « péniches » belghe che si sono rifugiate nei fiumi di Francia.

Il prof. Audoin, dell'Università di Poitiers, ha avuto l'idea di utilizzare questi barconi a scopo sanitario, costituendo un Comitato onde poter riunire i fondi necessari, ed ora l'istituzione funziona con successo. Le « péniches » adibite al trasporto dei feriti sono state riunite a due a due, su di una larghezza quindi di dieci metri, sufficiente a non ingombrare troppo i canali navigabili. Naturalmente essendo poco cariche, le imbarcazioni si trovano molto sollevate sul pelo dell'acqua, ciò che permette di farle meglio dirigere dal timone. Ogni due battelli si ha una cucina e un solo rimorchiatore può trasportare tre coppie di barconi.

In ogni battello esistono due compartimenti chiusi, separati dalla cabina abitata in tempo ordinario dal marinaio. Il compartimento che si trova sul davanti presenta circa 16 metri di lunghezza, m. 4.75 di larghezza ed è ricoperto da un ponte mobile a sportelli che si possono mettere o levare a volontà, secondo le esigenze del servizio. Il secondo compartimento, situato all'indietro, ha circa 15 metri di lunghezza e m. 4.75 di larghezza, ricoperto come il precedente. La cabina del marinaio, di m. 4.25 per m. 3.40, non discende sino al fondo del battello. Il suo pavimento si trova a circa m. 1.20 al disopra del fondo. Le due sale, quella anteriore e quella posteriore, sono dunque riunite da un passaggio di m. 1.20 di altezza largo quanto il battello.

Per l'illuminazione e la ventilazione si sono disposti alcuni sportelli vetrati, che si possono sollevare quanto è necessario. Si sono disposte due sale, una situata innanzi e una dietro. Alle due estremità, con tramezzi si sono fatte delle stanzette funzionanti da cessi, da armadi e da deposito di carbone e una saletta per interventi chirurgici d'urgenza.

La larghezza delle sale permette di mettervi due ordini di letti con un passaggio fra le due file largo 85 centimetri. La sala anteriore contiene 22 letti, quella posteriore 16 letti cioè 38 letti per uno dei battelli. Sopra i letti vi sono delle « plancie » per gli effetti dei feriti.

Il secondo battello possiede la sala anteriore identica al primo, capace cioè di 22 letti. Ciò che dà 60 letti per ogni coppia di barche. I letti sono in ferro con paglericcio a rete metallica, materasso di lana, cuscini, due lenzuoli e due coperte. Lo spazio di m. 1.20 di altezza posto sotto la cabina è utilizzato come deposito di biancheria e oggetti di medicatura. Un piccolo spazio nel centro è riservato al passaggio fra le due sale.

Quanto al compartimento posteriore della seconda « péniche », è riservato ai servizi generali. Esso contiene un fornello da cucina, un lavabo per lavare i piatti, una riserva d'acqua potabile, tre grandi armadi, un armadio per vasellame, tavole da cucina, una madia, una cassa per carbone, una cassa per patate. A mezzo di una tenda si può separare uno spazio per refettorio del personale. Il piccolo vestibolo al di là delle scale contiene due cuccette per il cuoco e lo sguattero, un « water-closet », un armadio.

Per discendere i feriti nell'imbarcazione, la barella è disposta sulla sponda e una grue girevole, mossa a mano, scende verso la barella, la solleva senza scosse e la depone nella sala avanti. Per far passare il malato nella sala posteriore si dispone la barella su di un carrello a mano che traversa il corridoio centrale.

Le pareti di ogni battello sono imbiancate alla calce, il pavimento è coperto di linoleum. Le deiezioni e il materiale usato di medicatura sono messi in secchi a chiusura ermetica, ove, dopo essere stati a contatto con un potente antisettico durante il tempo sufficiente ad ottenere la sterilizzazione completa, sono portati sulla riva e vuotati in buche scavate nel suolo e poi

ricoperte di terra. Si evita in tal modo ogni timore di contaminazione dell'acqua dei canali. La biancheria sporca è conservata provvisoriamente sul ponte, in scatole metalliche chiuse, sino all'arrivo alle lavanderie.

Ogni ferito dispone di un cubo d'aria di 8 a 9 metri, l'aria è del resto rinnovata dal sollevamento degli sportelli e dal riscaldamento a mezzo di una stufa a fuoco continuo, situata nel centro di ogni scompartimento con fumaiolo che si apre sul ponte. L'illuminazione può essere fatta con accumulatori elettrici o con lampade a petrolio sospese.

Il treno sanitario si compone di due o tre coppie di battelli, trainati da un rimorchiatore. Nei canali più piccoli, i battelli sono divisi e tirati da cavalli. In ogni cabina del battello vi sono 3 letti, cioè 12 a 18 letti per treno. Una delle cabine è riservata ai medici, le altre 3 agli infermieri.

Il trasporto dei feriti gravi presenta il vantaggio di evitare le scosse, di poter usufruire di un'assistenza ospitaliera immediata, di condizioni di aereazione ideale e di avere il personale di assistenza a vicinanza immediata.

Un tale sistema di trasporto sarebbe difficilmente applicabile in Italia, non già a causa della mancanza non di vie fluviali di cui è così ricca la valle del Po, ma di materiale galleggiante. Tuttavia si potrebbe pensare a disporre di una istallazione più modesta, valendosi del materiale esistente, e l'esempio che ci offre la Francia colla sua installazione di ospedale galleggiante potrebbe essere per noi una sorgente di utili ammaestramenti per il futuro.

Parigi, 21 dicembre 1914. Dottor GOD.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso speciale di perfezionamento di medicina interna.

Dal 10 febbraio al 6 marzo sarà tenuto, negli Istituti clinici di perfezionamento in Milano, un corso speciale di medicina interna per i laureati in medicina e chirurgia, col seguente programma:

Alla Clinica delle malattie professionali: Diagnosi e terapia delle malattie interne, prof. L. Devoto; Malattie della milza, prof. D. Cesa-Bianchi; Elementi di dietoterapia, prof. L. Preti; Radiologia del torace e dell'addome, prof. F. Perussia; Parassitologia medica, prof. G. Guerrini; Patologia medica delle vie respiratorie, prof. G. Ronzoni.

All'Ospedale Maggiore: Anatomia clinica dei visceri toracici, prof. F. Livini; Diagnosi e terapia delle malattie interne, prof. E. Bonardi; Malattie dell'apparato digerente - Diagnosi e terapia, prof. F. Boni; Semeiotica, diagnosi e terapia delle malattie nervose, prof. E. Medea; Diagnosi anatomo-patologica, prof. C. Zenoni.

All'Ospedale dei Contagiosi: Difterite e malattie esantematiche, prof. G. Polverini.

All'Istituto Sieroterapico: La prevenzione e la cura delle malattie infettive in tempo di guerra, prof. S. Belfanti.

Conferenze del prof. Carlo Foà: 1ª Vita e morte. 2ª Fisiologia del miocardio. Cuore isolato di coniglio e di rana. Effetti dei farmaci. 3ª La reviviscenza del cuore. Effetti combinati dei sali di potassio e di calcio e dell'adrenalina. 4ª Il metodo di respirazione artificiale di Meltzer-Auer per la chirurgia endotoracica. Applicazione allo studio dell'innervazione bulbare del cuore e dei vasi. 5ª Le fistole del tubo gastroenterico secondo Pawlow (piccolo stomaco, fistola pancreatica e secretiva, ecc.). Applicazione allo studio dei riflessi mediati e immediati. 6ª Le correlazioni chimiche nell'organismo. Secrezioni interne e ormoni.

La tassa di iscrizione al Corso è fissata in L. 30. L'iscrizione viene fatta d'Ufficio al pervenire della cartolina-vaglia che deve essere diretta all'Economato degli Istituti Clinici di Perfezionamento, Via Commenda, 12, Milano. Prima dell'inizio del Corso, gli iscritti hanno lo obbligo di presentare allo stesso Ufficio il diploma di laurea o un certificato equivalente. Alla fine del corso si rilascia un certificato di frequenza dietro pagamento della tassa di L. 5.

A richiesta si rilasciano certificati per abbonamenti ferroviari a prezzo ridotto.

IV Congresso Nazionale contro la tubercolosi.

Questo Congresso, che avrebbe dovuto aver luogo nello scorso ottobre, si terrà a Genova nei giorni 7-9 del prossimo febbraio.

Sono all'ordine del giorno le relazioni dei seguenti temi:

A. « Scuole all'aperto ».

1. « Organizzazione delle scuole all'aperto in Italia » (relatore M. Ragazzi).

2. « Le scuole all'aperto dal punto di vista pedagogico » (relatore G. Grilli).

B. « La difesa della tubercolosi nei piccoli centri ».

1. « L'educazione antitubercolare nel popolo » (relatore F. Arsuffi).

2. « La lotta antitubercolare nei centri minori » (relatore C. Gennari).

C. « Emigrazione e tubercolosi » (relatore professore L. Sestini).

Saranno pure ammesse alla discussione le comunicazioni presentate a termine dell'art. 4 del Regolamento.

Durante il Congresso verranno organizzate visite alle diverse Opere antitubercolari genovesi.

Per l'adesione al Congresso si prega di inviare la quota di inscrizione (L. 10) alla Segreteria.

Gli inscritti riceveranno la tessera e le carte per ottenere le facilitazioni ferroviarie ed avranno diritto a ricevere una copia della pubblicazione del dott. N. Gazzaniga: « Le istituzioni antitubercolari in Italia nel 1914 » e degli Atti del Congresso.

Per eventuali ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria del Comitato ordinatore.

Il Comitato ordinatore è così costituito: professor C. Poli, prof. P. Canalis, dott. G. Risso, prof. A. Cuneo, dott. L. Erede; segretario il dott. M. Ragazzi; vice-segretario il dott. G. B. Rebuffo; cassiere la signora E. Fumi. La Segreteria ha sede presso l'Ufficio antitubercolare, via Innocenzo Frugoni, 27, Genova.

Rassegna della stampa medica.

Medic. Record, 3 ott. CORNWALL: Sulla dieta dei tifosi.
Riv. di Patol. Nerv. e Ment., 8 ott. FRIGERIO: Contributo alla conoscenza della ghiandola pineale. — PASTINE: Valore semeiologico dell'estensione continua dell'alluce.
Gazz. d. Osp., 11 ott. ORTALI: Sclerosi dei corpi cavernosi, d'origine blenorragica.
Zeitschr. f. Tuberk., ott. MEISSEN e SALZEIANN: Il pneumotorace artificiale.
The Americ. Journ. of the Med. Sciences, ott. MILLER: Il valore clinico degli espettoranti. — EINHORN: L'esame del contenuto duodenale nella diagnosi delle affezioni biliari e pancreatiche. — ORBISON: Le miopatie. — WILLIAMS: Le neurosi traumatiche. — WOHL: Granuloma fungoide. — LANDIS: La diagnosi della tubercolosi nella prima età.
Riv. crit. di Clin. Med., 10 ott. VERITY: Lo stato attuale della vaccinoterapia.
Edinb. Med. Journ., ott. GREIG: L'ipertrofia primitiva delle gengive. — CULLEN: Andrea Vesalio.
The Lancet, 10 ott. LEWIS: La patologia della funzione cardiaca. — KONDOLEON: Il trasporto dei feriti in guerra. — WATSON: Trattamento di fratture in guerra.
Mediz. Klinik, 11 ott. PINKUS: L'importanza delle malattie cutanee in guerra. — EICHHORST: Le malattie infettive sul campo. — BUM: La chirurgia ortopedica in guerra.
Berl. klin. Woch., 12 ott. GÖPPERT: Sul trattamento della dissenteria. — BRETTNER, LEVY e FROEHLICH: I servizi sanitari militari a Berlino.
Medic. Record, 10 ott. LEVIN: Trattamento chirurgico e radioterapia del cancro.
Kl.-ther. Woch., 5-12 ott. WECHSELBAUM: Epidemiologia, etiologia e profilassi delle epidemie.
Münch. Med. Woch., 13 ott. HERING: Tachisistolia delle orecchiette e polso irregolare. — UFFENHEIMER: Esiste un residuo alimentare dannoso nei lattanti? — NOCHT: La lotta contro le epidemie sul campo.
The Journal A. M. A., 10 ott. MURPHY: Sulla miosite. — KANAVEL: Chiusura osteoplastica del forame trifacciale. — VAUGHAN: Vaccini anticancerosi e globuline anticancerose. — FOERSTER: Eritema nodoso e tubercolosi. — ARNDT: Malattie e neoformazioni di origine linfatica. — HAUMES: Iniezioni di siero salvarsanizzato.
Die Ther. d. Gegenw., ott. DRINNER: Sulle epidemie in guerra.
Allg. Wien. med. Zeitung, 13 ott. La diagnosi precoce della sclerosi multipla, della tabe e della paralisi.
Giorn. intern. d. Sc. Med., 15 ott., MONTEFUSCO: Sulla febbre tifoide apiretica. — PEROSINO: Morte reale e morte apparente. — GRADENIGO: La cura con i sali di calcio nella sordità progressiva da otosclerosi.
La Riv. Med. Pugliese, 1-15 ott. GNUDI: La sifilide dell'apparato cardiovascolare.
Gazz. d. Osp., 15 ott. STEINER: Sulla cura dei traumatismi.
La Clin. Ostetr., 15 ott. PAGANELLI: Parto distocico gemellare.
La Rif. Med., 17 ott., BRECCIA: Apparecchio universale per la cura col pneumotorace artificiale.
Zbl. f. Chir., 17 ott. HAERBELIN: Sintomi e trattamento della frattura patellare.
Zbl. f. inn. Med., 17 ott. SCHMIDT: Difesa e lotta contro le epidemie della guerra.
Arch. f. Sch.- u. Tr.-Krank., n. 20. WERNES: Trattamento combinato della malaria (chinina-salvarsan-bleu di metilene).
Pens. Med., 18 ott. MAIOCCHI: Il fenolo per iniezione endovenosa nella cura del tetano.
Arch. f. Verd.-Krank., 15 ott. EINHORN: Diagnosi e trattamento delle ulcere gastriche e duodenali. — WAGNER: Il sangue occulto nelle feci. — RODELL: Sulla putrefazione intestinale. — HERROWER: Azione fisiologica e terapeutica della secretina.
Wien. klin. Woch., 15 ott. PASSINI: Sulla puntura lombare nella «chorea infectiosa».
Mediz. Klinik, 18 ott. ORTNER: Tifo e paratifo. — BUSCHAU: Le psicosi della guerra. — ROST: Sull'osteomielite cronica.
Rev. Clin. de Madrid, 15 ott. DE AZUA. Il cianuro d'oro e potassio nel lupus tubercolare ed eritematoso e nella sifilide. — VARILLAS e PASCUAL: La reazione di Salomon e Saxl.
Riv. crit. di Clin. Med., 16 ott. TEDESCHI: La razione normale del vecchio.
The Lancet, 17 ott. BLAND-SUTTON: Il cancro del duodeno e dell'ileo.
Medic. Record., 17 ott. LINTHICUM: Colite cronica mucosa e membranosa. — CARTER: L'alcoolismo quale fattore di malattie.
Berl. klin. Wock., 19 ott. WEINTRAUD, UNGER: Sul trattamento del tetano. — ALEXANDER: I moderni trattamenti per la cura del lupus.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp*.

Anno XXII. Roma, 31 gennaio 1915 Fasc. 5

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Premio ordinario agli associati, per il 1915.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Assistente nella R. Clinica Otoiatrica
e aiuto medico negli ospedali di ROMA

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Sarà un volume di formato tascabile di circa 800 pagine, nitidamente stampato, con molte figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso. È già in corso di stampa e verrà spedito nel primo trimestre del 1915.

SOMMARIO: INTRODUZIONE. *Importanza dell'otorinolaringoiatria.* Intenti e confini moderni di questa branca. — I. NASO. Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia: Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame del naso. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. SENI O CAVITÀ ANNESSE AL NASO. IPOFISI. — II. BOCCA. FARINGE. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della faringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. ESOFAGO, TIROIDE E TIMO. — III. LARINGE E TRACHEA. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della laringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. — IV. ORECCHIO. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame dell'orecchio. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. Medicina legale e infortuni sul lavoro.

Avvertenza. Per aver diritto al suddetto interessante volume, spedire *subito*, mediante Cartolina-vaglia indirizzata nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, n. 46 - ROMA, l'importo d'abbonamento per l'anno 1915. (*)

(*) *N. B.* Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

Clinica oculistica della R. Università di Roma
diretta dal prof. G. CIRINCIONE.

Sulla tecnica della cherato-sclero-iridectomia

per il dott. QUIRINO DI MARZIO, assistente.

La sclerectomia, così come è stata proposta dal Lagrange e poi migliorata dallo Elliot per vincere il glaucoma, ha dato luogo ad inconvenienti post-operativi ormai noti a tutti i pratici, e talvolta molto serî, fino a compromettere la conservazione del globo (emorragia, ferita del cristallino, del corpo ciliare, rottura della zonula, uscita del vitreo) tal'altra non ha corrisposto alle aspettative, onde è stato necessario un secondo e spesso un terzo intervento, non esclusa la enucleazione del globo.

Cosicchè gli operatori prudenti hanno limitato la indicazione della sclerectomia e più propriamente della trapanazione sclerale dell'Elliot, ai globi che son sede di dolori per glaucoma assoluto o quasi.

Nelle numerosissime operazioni eseguite in questa Clinica il prof. Cirincione, che è stato fra i primi ad applicare su vasta scala la proposta di Elliot, gradatamente si è allontanato dal processo originale, per venire al seguente

metodo operativo che congiunge i vantaggi della iridectomia proposta dal De Graefe ai vantaggi della sclerectomia, e provvede a migliorare le condizioni anatomo-patologiche (occlusione dello spazio del Fontana, addossamento alla periferia corneale della parte periferica dell'iride, ecc.) che impediscono il ripristino dello squilibrio della pressione endoculare.

Senza entrare nel dibattito sorto fra i rispettivi cultori per la priorità della sclerectomia e senza discutere i vantaggi e svantaggi dei diversi modi di eseguire la trapanazione sclerale,

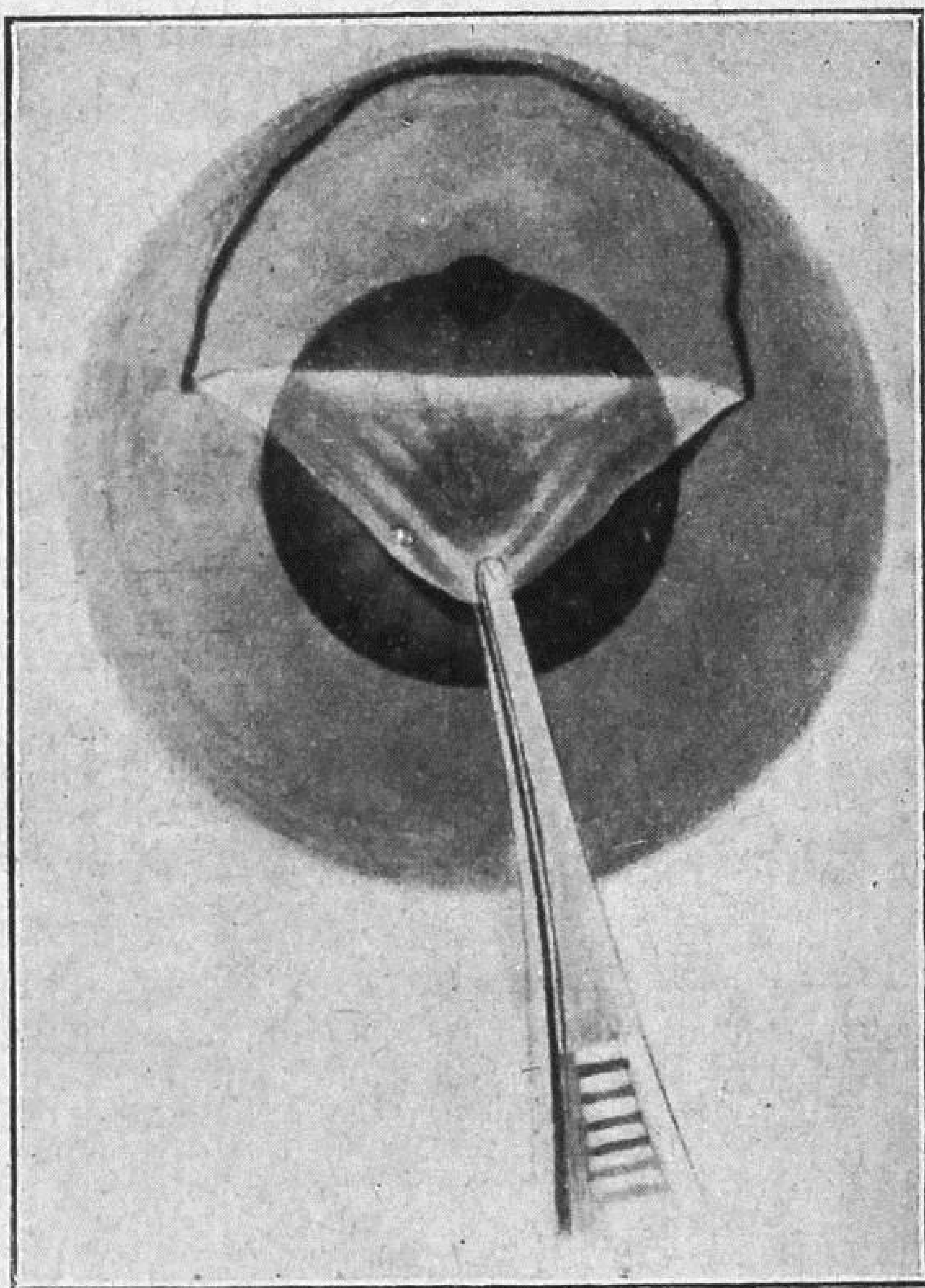


Fig. 1.

che troveranno luogo in un mio prossimo lavoro, credo utile esporre per i pratici un procedimento di cherato-sclero-iridectomia che ha sostituito, con grandissimo vantaggio, le diverse operazioni proposte contro il glaucoma perchè compendia di ciascuna di esse la parte utile.

Primo tempo. Dopo aver posto il blefarostato si fissa il globo con un'ansa passata profondamente sotto la congiuntiva a 15 mm. dal limbo, che si fa sostenere da un assistente o si fissa alla cuffia dell'infermo.

Secondo tempo. Si incide la congiuntiva sclerale superiore descrivendo un angolo leggermente ottuso coll'apice smusso rivolto verso l'alto a circa un centimetro dal limbo corneale. Si prolunga in basso la incisione da un lato e dall'altro distante dal limbo sclerocorneale 4 mm. circa e fino al livello di una linea orizzontale che congiungendo i due lati della incisione passerebbe sulla cornea a 4 mm. circa al disotto del limbo superiore.

Scollata la congiuntiva dalla sclera, la si solleva con delicata energia e mediante la punta di una lancia si continua a dissecare il lembo della cornea, distaccando la membrana del Bowmann e qualche lamella del parenchima corneale ad essa aderente fino a tanto che si è scoperto il segmento superiore della cornea per circa 3 millimetri.

Con un po' di abilità e sopratutto sollevando bene il lembo congiuntivale e servendosi di una

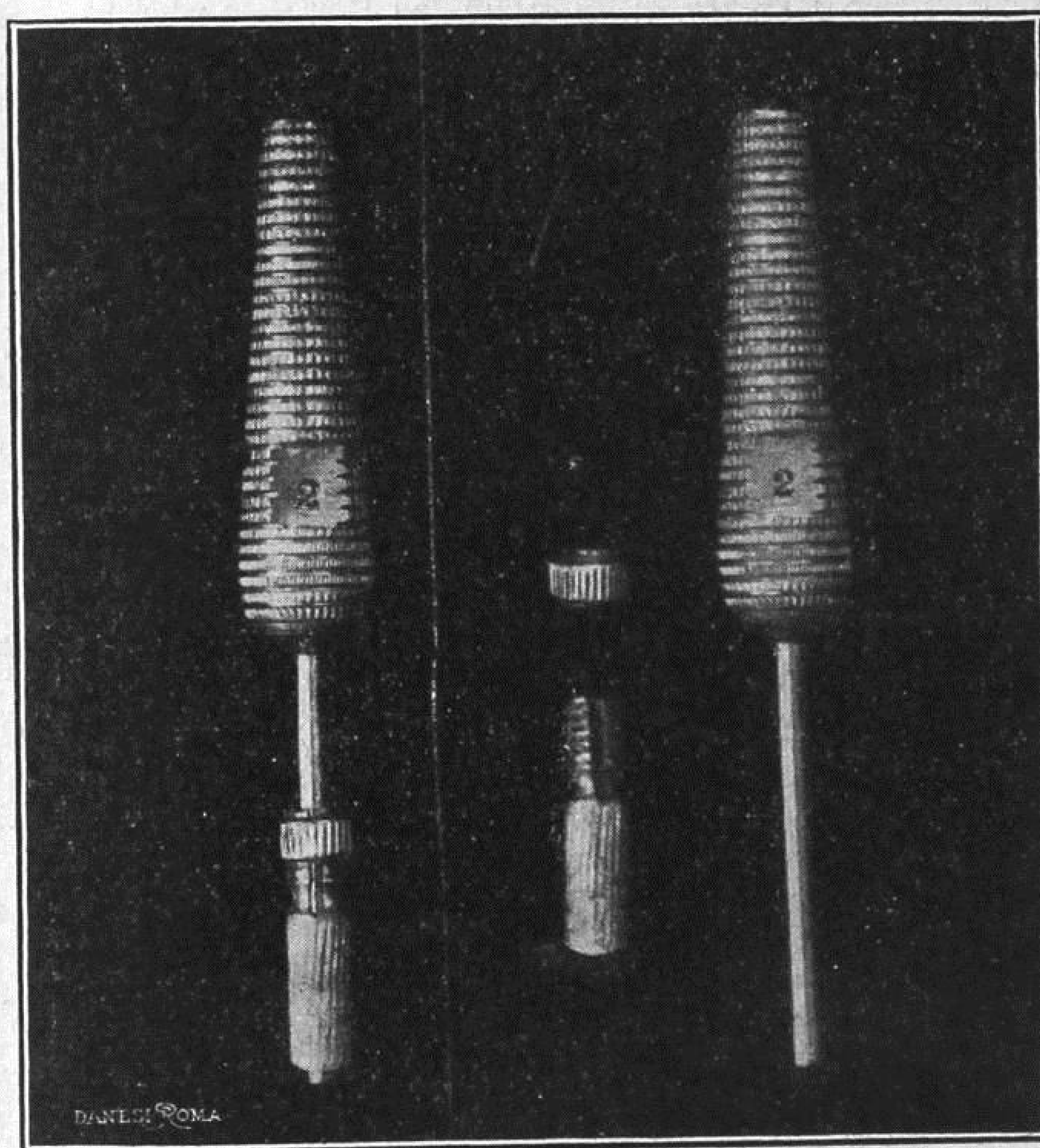


Fig. 2.

punta di lancia ben tagliente, lo scollamento di questo lembo corneale riesce facile e senza perforazione del lembo. È necessaria l'immobilità del globo, che con la sutura sopradetta riesce sempre completa.

Terzo tempo. Una corona di trapano di 2 millimetri è applicata in modo che due terzi cadano sulla parte trasparente ed un terzo sulla parte non trasparente della cornea. In tal guisa viene sezionato il tessuto dell'angolo irideo e risparmiato il corpo ciliare e l'arteria circolare dell'iride, le cui lesioni, spesso sono causa di profuse emorragie (arteriosclerosi, ecc.).

L'arresto della corona del trapano è fissato ad 1 millimetro di altezza, la qual cosa permette nell'atto operativo di comprimere lo strumento contro il globo senza alcun pericolo di ledere parti interne di esso. Tolto il trapano, il disco suol restare aderente per piccolissimo tratto alle

lacinie dell'angolo sclero-corneale e l'iride suol fare ernia come una testa di mosca. Quale che sia il grado dell'anestesia, in questo momento, l'infermo avverte un istantaneo dolore che fa sicuro l'operatore che la trapanazione è completa. Il disco si porta via con una pinzetta ed occorrendo si incidono con la punta di una lancia le lacinie che lo tengono attaccato al globo (figura 1).

Quarto tempo. La base dell'iride che in tutti i glaucomi ha la sua periferia per circa 2 millimetri o più aderente alla faccia posteriore della cornea, viene spinta dall'umore acqueo all'esterno e se non vi sono sinechie posteriori, tende ad impegnarsi nel canale fatto dal trapano.

Con una pinzetta si penetra nella camera anteriore e, rispettando l'iride impegnata, si afferra questa membrana in un punto che corrisponde all'unione dei suoi due terzi superiori col terzo inferiore; si fa indi una trazione delicata, ma energica in modo da sentire la resistenza dell'iride che ci avverte di non tirare oltre. Con tale manovra si ottiene lo scollamento della aderenza che univa la base dell'iride alla cornea.

Quinto tempo. Durante questa manovra il bordo pupillare corrispondente viene tutto fuori e allora con una pinza forbice si fa la escissione dell'iride seguendo la direzione del meridiano verticale e ponendo particolare cura di non ledere il lembo corneale, la qual cosa si evita facilmente non divaricando troppo le branche della forbice. La mutilazione dell'iride avviene esattamente nella sua inserzione al corpo ciliare senza che questo subisca alcun maltrattamento.

Sesto tempo. Con una spatola si mette a posto il lembo congiuntivale che viene a ricoprire la perdita di sostanza. Il lembo si può suturare o no; preferiamo lasciarlo senza sutura. L'apertura fatta dal trapano rimane visibile come un grosso punto nero nel limbo corneale.

Nella mira di ottenere una apertura permanentemente beante, il prof. Cirincione, nelle prime operazioni, ha innestato sui bordi della perdita di sostanza una listerella di 1 millimetro di epitelio corneale. Però ha desistito in seguito da questa pratica per il timore che questo epitelio il cui attecchimento è facile e la cui proliferazione è rigogliosa, avesse potuto rivestire più o meno, la camera anteriore e gravemente complicare la malattia (vedasi: Speciale-Cirincione, *Processi istologici che si svolgono nel globo dopo l'operazione della cataratta*); tanto più che la osservazione ulteriore ci ha dimostrata la formazione di una vera cicatrice cistoide, la cui filtrazione ristabilisce l'equilibrio endoculare.

Di regola non instilliamo alcun collirio.

La tensione si mantiene normale.

Un buon trapano è parte integrante dell'operazione, e son convinto che a molti inconvenienti e insuccessi non è estraneo il funzionamento irregolare di esso. Un buon trapano deve avere una corona perfettamente sullo stesso piano e che non oscilli sul manico a cui è innestato; deve essere ben tagliente e libero d'interruzione (se ne fa l'osservazione con una forte lente d'ingrandimento). Inoltre la camicia di arresto deve essere ben fissata alla corona ed esattamente parallela ad essa.

Il trapano che si adopera nella nostra Clinica, e che corrisponde magnificamente a tutte le esigenze, è quello adottato alcuni anni or sono dal prof. Speciale per la cheratoplastia (vedi: *Ricerche di cheratoplastia nell'uomo*). Si tratta di un trapano a movimento elettrico; ma non essendo il trapano elettrico trasportabile, egli ne fece costruire un modello piccolo da adoperare fuori della Clinica, ed il cui maneggio è fatto a mano libera. È così semplice che con un po' di esercizio l'uso riesce quasi sempre così soddisfacente come quando si adopera quello elettrico. L'ultimo modello di esso, che racchiude quanto l'esperienza ha suggerito di meglio, è quello costruito dalla ditta Invernizzi di Roma (fig. 2).

MEDICINA DI GUERRA.

La vaccinazione contro il colera negli eserciti in campagna.

Nel momento in cui la discussione è ancora lungi dall'essere chiusa sui vantaggi e gli svantaggi dell'immunizzazione attiva e passiva contro le malattie infettive, e la dottrina degli antivaccinisti batte in breccia il favore e la fiducia che furono tributate negli anni scorsi alla profilassi delle malattie trasmissibili mediante l'introduzione nell'organismo degli anticorpi specifici o delle sostanze stimolanti la produzione dei medesimi, non riescirà inutile riassumere uno dei più importanti lavori che siano stati ultimamente pubblicati sull'argomento, tanto più in quanto esso tratta della profilassi in un esercito in guerra, di una malattia che batte alle porte dell'Europa sconvolta, in questo scorcio d'anno.

Il lavoro, o piuttosto il documento, pubblicato nel *Bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène publique*, n. 10, tome VI, anno 1914, pag. 1653, è un rapporto inviato, come dice una nota del direttore dell'Ufficio stesso, signor J. De Cazotte, all'Ufficio inter-

nazionale d'igiene, che al principio di quest'anno aveva chiesto all'Amministrazione sanitaria ellenica a mezzo di uno dei Governi partecipanti all'Ufficio, delle informazioni sull'impiego della vaccinazione anticolerica, durante la guerra balcanica del 1913, nell'armata greca e sui risultati ottenuti. Il ministro dell'interno di Atene ha inviato un estratto del rapporto ufficiale del professore Savas, presidente del Consiglio sanitario superiore di Grecia.

Durante l'anno 1913 la Grecia fu attaccata dal colera meno gravemente che non gli altri Stati balcanici. L'apparizione dei primi casi a Ciatalgia, nell'armata turca e nell'armata bulgara, e che non tardò ad essere contaminata a sua volta, obbligò l'Amministrazione sanitaria greca a prendere delle misure per impedirne l'introduzione in Grecia. Dietro proposta del professor C. Savas, fu deciso di procedere alla vaccinazione generale dell'esercito e degli abitanti della Macedonia, a mezzo dell'iniezione di vaccino anticolerico, a cominciare dal mese di marzo; fu deciso inoltre di costituire delle ambulanze anticoleriche destinate a seguire le Divisioni combattenti. Ciascuna di tali ambulanze comportava due sezioni, quella detta *posto volante* sotto la direzione di un medico militare batteriologo e che comprendeva un laboratorio di microbiologia portatile, una stufa di disinfezione locomobile, qualche apparecchio alla formalina, e il personale necessario; e la sezione detta *posto fisso* sotto la direzione di un medico, munita del materiale necessario per il trasporto e la cura di 25 colerosi.

Durante la campagna turco-balcanica, nessun caso di colera fu segnalato tra le truppe greche, malgrado che la malattia mietesse vittime tra i bulgari e i turchi; ma dopo la conclusione del trattato di pace di Londra in seguito agli spostamenti delle truppe bulgare in Macedonia e nel mese di maggio, al principio delle ostilità greco-bulgare in Macedonia, furono constatati i primi casi fra le truppe greche della 1ª Divisione. Il contagio non tardò a spargersi e propagarsi alla 7ª Divisione, in contatto con la 1ª. A fine di giugno l'esercito greco si avanza a marcie forzate verso le città macedoni in preda al morbo, bivaccando nelle località precedentemente occupate dalle truppe bulgare. I rifugiati che si dirigevano in folle compatte dietro le linee greche sparsero ancora più l'epidemia. Alla fine della campagna (31 luglio) l'epidemia decrebbe rapidamente per sparire completamente nel mese di ottobre.

I modi di propagazione più comuni furono il contatto diretto, le mosche e in parte anche l'acqua.

Secondo i rapporti ufficiali, i soldati attaccati dal morbo, curati negli ospedali, furono 2503. Di questi, 515 sono morti, cioè la mortalità generale negli ospedali fu del 26.6 %. All'infuori di questo numero qualche decina di soldati di cui il numero esatto non fu potuto conoscere, morirono della forma fulminante, senza che si potesse trasportarli all'ospedale. Su 36 ufficiali caduti malati, tra cui 9 ufficiali medici, ne morirono 14, di cui 4 ufficiali medici. Nella popolazione civile si ebbero 2700 casi e 1150 morti. In tutto dunque si ebbero in Grecia 5300 casi di colera e 1700 morti.

Prima dell'apparizione dell'epidemia il professor Savas aveva già pensato alla vaccinazione. Tre mesi prima della guerra greco-bulgara aveva infatti chiesto al Ministero dell'interno di fornirlo dei mezzi necessari alla preparazione del vaccino anticolerico. Mezzi che furono subito forniti, cosicchè quando il Governo chiese al professor Savas e al professor Manussos di dirigere la lotta contro la malattia che invadeva la Macedonia, essi avevano già nelle mani un'arma potente.

Per la vaccinazione dell'esercito e degli abitanti fu fatto uso di vaccino anticolerico, preparato secondo il *metodo Kolle* nel Laboratorio di igiene e di microbiologia dell'Università di Atene, sotto la direzione del professor Savas.

Per la preparazione del vaccino furono impiegati dei vibrioni colerici isolati dalle feci di un coleroso e possedenti tutti i caratteri morfologici e biologici voluti (agglutinazione all'un per diecimila, deviazione del complemento). La virulenza dei vibrioni fu rinforzata a mezzo di successivi passaggi nel peritoneo delle cavie, fino a che 1/20 di ansa normale producesse in 24 ore la morte di una cavia di 200 grammi. Tali vibrioni a virulenza esaltata e mantenuta costante, erano seminati in superficie su grandi scatole di agar (1) raschiate ogni 24 ore. La parte raschiata veniva emulsionata in una soluzione di cloruro di sodio all'otto per mille, sterilizzata a bagnomaria a 56 gradi, quindi mescolata all'acido fenico al cinque per mille e distribuita in fialette di 5 o 10 centimetri cubici.

Si praticava la vaccinazine sul braccio sinistro, sul torace o sull'addome. La prima iniezione per i soggetti di età superiore a 10 anni era di mezzo centimetro cubo, per i bambini la dose era ridotta proporzionalmente fino a un decimo di centimetro cubo per i lattanti.

La vaccinazione fu cominciata prima della fabbricazione in quantità sufficiente del vac-

(1) Per mancanza di vetreria adatta il professor Savas ricorse con successo ai comuni « pappagalli » d'ospedale.

cino nazionale, impiegando quello dell'Istituto Pasteur di Parigi e degli Istituti di Berna, Dresda e Vienna.

Fu cominciata l'applicazione della vaccinazione due mesi prima dell'apparizione del colera ed essa fu completa per tutto l'esercito al principio di agosto. Furono vaccinati in tutto 150,000 soldati e in tutta la Grecia fra militari e civili circa 500,000 persone ricevettero il vaccino.

La vaccinazione non produsse nessun inconveniente al potere combattivo dell'esercito e non ne ostacolò affatto i movimenti.

Delle truppe presero parte ai combattimenti o fecero delle lunghe marcie l'indomani della vaccinazione, anzi la vaccinazione servì a rialzare il morale dei soldati che temevano il colera e dopo la vaccinazione riprendevano coraggio per entrare nelle città contaminate.

Sopra 10 Divisioni composte di 114,803 soldati che presero parte alla guerra greco-bulgara non ci furono che 2192 casi di colera (19 per mille). La morbosità relativamente infima dell'esercito è dovuta al fatto della vaccinazione. Essa sarebbe stata ancora più debole se la vaccinazione fosse terminata in tempo e cioè due settimane almeno prima dell'apparire del colera. Infatti, considerando soltanto quelli che furono sottoposti a una doppia vaccinazione, vediamo su 91,224 sottoposti a due vaccinazioni 635 casi, cioè il 7 per mille, mentre su 8968 non vaccinati, 834, cioè 93 per mille caddero malati; 96 soldati morirono di colera fulminante uno o due giorni dopo la prima vaccinazione.

La morbosità dei vaccinati con doppia vaccinazione sarebbe stata ancora più debole se si fosse tenuto conto di quelli che caddero malati 24 ore o 48 ore dopo la vaccinazione, presso i quali il colera era dunque in incubazione.

Molti fatti dimostrano il valore profilattico della vaccinazione. Nel 10° Reggimento della 3ª Divisione un battaglione composto di 500 uomini non vaccinati ebbe più di 100 casi di colera, mentre che nel 12° Reggimento della stessa Divisione un altro battaglione, pure di 500 uomini, dopo una doppia vaccinazione praticata a tempo fu completamente risparmiato dal colera. Il 20° Reggimento della 7ª Divisione (3850 uomini) non vaccinato a tempo ebbe molti morti (51) mentre che il 21° Reggimento, dell'effettivo di 3600 uomini, della stessa Divisione, vaccinato a tempo, non ebbe che 10 casi.

La 8ª Divisione che si trovava in Epiro ricevette l'ordine di portarsi a Salonicco per mare ad eccezione del 15° Reggimento che vi si recò per via di terra. I soldati della Divisione furono tutti vaccinati due volte prima del loro imbarco per Salonicco mentre che il 15° Reggimento non fu vaccinato che più tardi dopo il suo arrivo in Macedonia. La Divisione, eccettuato il 15° Reggimento, benchè avesse soggiornato in località infette, non ebbe che 6 casi, in soldati che non avevano ancora ricevuto la seconda vaccinazione, mentre il 15° Reggimento di fanteria ebbe 35 casi su 2422 uomini .

Nella città di Kilkitch, in una scuola tenuta da suore, furono raccolti 440 rifugiati bulgari, fra i quali furono constatati dal 10 al 20 luglio 87 casi (198 per mille) e 64 decessi (73.5 per cento). Per soffocare l'epidemia si procedette alla doppia vaccinazione senza prendere nessuna altra misura igienica. Durante l'intervallo fra la prima e la seconda vaccinazione si constatarono 20 casi di cui 12 decessi (5.3 per cento), dopo la seconda vaccinazione non si constatarono più che due casi, seguìti dalla guarigione (morbosità 0.56 per cento).

Tali statistiche mostrano abbondantemente l'efficacia della vaccinazione anticolerica e il suo incontestabile potere di estinzione delle epidemie, perchè anche dopo le vaccinazioni i rifugiati continuarono a vivere nelle stesse condizioni igieniche. L'efficacia della vaccinazione risulta anche dai fatti seguenti.

Il Corpo sanitario delle Divisioni combattenti fu vaccinato due volte, quattro e otto settimane prima dell'apparizione del colera nell'esercito. Nel personale di questo Corpo non fu constatato che un numero piccolissimo di casi di colera, benchè gli uomini che lo componevano fossero esposti giornalmente all'epidemia poichè erano incaricati del trasporto dei soldati colpiti dal colera. Spesso erano obbligati a trasportarli sulle spalle, attraverso sentieri montuosi, e ne ricevevano sui vestiti le deiezioni e le materie vomitate. Il Corpo sanitario delle Divisioni era costituito da soldati non tutti infermieri, ma anche da soldati ivi distaccati provvisoriamente, che avevano ricevuto quindi un'istruzione tecnica più che sommaria, e che non prendevano certo le precauzioni volute. Sui 2897 uomini che facevano parte di questo Corpo non si notarono che 13 casi, cioè una morbosità del 4.5 per cento.

Sopra 1948 soldati curati negli ospedali da campo e fissi per colera, furono constatati 319 decessi, cioè il 21.5 per cento. La vaccinazione ha molto diminuito la mortalità, perchè su 381 vaccinati due volte, 39, cioè il 10.2 per cento, soccombettero, e su 433 vaccinati due volte ne morirono 53, cioè 12.2 per cento. Su 1113 colerici non vaccinati se ne perdettero 306, cioè 27.5 per cento. Aggiungendo a questi ultimi al-

tri 21 soldati presi da colera fulminante e curati negli ospedali suddetti, la mortalità dei non vaccinati si eleva alla cifra di 28.8 per cento.

La vaccinazione anticolerica ha avuto dunque per risultato non soltanto di abbassare la proporzione della morbosità dell'esercito, ma di diminuire anche la mortalità. Le informazioni fornite dai direttori degli ospedali militari insegnano che la malattia ebbe un decorso assai meno grave che d'abitudine negli individui vaccinati una sola volta e che in quelli vaccinati due volte il decorso fu ancora più benigno.

La statistica riescirebbe certo ancora più importante se si fosse potuto constatare il numero dei giorni trascorsi tra la vaccinazione e l'attacco e se la gravità del male fosse in rapporto col numero dei giorni trascorsi dopo l'ultima vaccinazione.

Da questo rapporto sembra dunque risultare in modo evidente che la vaccinazione anticolerica su vasta scala ha ricevuto per così dire il battesimo del fuoco e che il 99 per cento delle persone vaccinate due volte restano immuni. Per conseguenza il professor Savas non esita a classificare la vaccinazione anticolerica fra le misure profilattiche le più efficaci contro il colera.

Se la sua applicazione è meno utile in tempo di pace e nei paesi che si trovano in condizioni igieniche buone e sono dotati di un servizio sanitario bene organizzato e preparato a combattere il morbo al suo primo apparire, in tempo di guerra o quando si producono delle migrazioni della popolazione e sopratutto nei paesi in ritardo dal punto di vista sanitario, l'applicazione della vaccinazione è indispensabile e la sua efficacia non può più essere posta in dubbio.

L'uso della vaccinazione anticolerica in tempo di guerra deve essere considerata tanto più pratica in quanto non affievolisce le qualità del soldato, ma al contrario gli dà più coraggio per affrontare il pericolo derivante dalle cattive condizioni sanitarie.

Il professor Savas ricorda anche nel suo rapporto che sono stati usati sieri anticolerici di provenienze diverse per curare i malati, ma i risultati sembrano essere stati non sempre incoraggianti.

L'iniezione del siero anticolerico nelle vene sembra tuttavia che abbia dato qualche successo.

La cura a mezzo della tintura di iodio si è dimostrata inefficace.

Dottor Gon.

(6)

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I disturbi dispeptici dell'insufficienza cardiaca.

(FAROY e LIAN. *Gaz. des Hôp.*, 23 giugno 1914).

Una classica divisione dei disturbi gastrici nei cardiaci distingue i due gruppi seguenti: 1° quelli dipendenti dalla stasi dei vasi gastrici; sindrome dispeptica che si verifica in tutti i cardiopatici nello stadio d'insufficienza cardiaca; 2° i disturbi che traducono esclusivamente la sofferenza del plesso simpatico addominale periaortico o forse la claudicazione intermittente dello stomaco.

In tale distinzione Faroy e Lian non vedono considerata nella sua complessità la serie delle turbe dispeptiche dei cardiaci e credono opportuno invece considerarle nei *dissistolici* (dispnea da sforzo senza segni fisici netti di congestione passiva viscerale, nè edemi apprezzabili), negli *iposistolici* (dispnea da sforzo con congestione passiva viscerale e scarsi o senza edemi), negli *asistolici* (dispnea da sforzo accentuata con stasi viscerale intensa ed edemi notevoli).

Per il quadro morboso, le dispepsie gastriche che offrono i cardiaci, si possono dividere in tre categorie:

a) in un primo gruppo numeroso (circa i 3/4 dei casi), i disturbi gastrici leggeri, mascherati da altre sofferenze più caratteristiche dell'insufficienza cardiaca, passano in seconda linea nella considerazione dei malati;

b) in un secondo gruppo i disturbi gastrici attirano specialmente l'attenzione dei malati, ed essi se ne lamentano con la stessa intensità con cui lamentano la dispnea, gli edemi, le palpitazioni.

c) in un terzo gruppo i disturbi gastrici sono molto accentuati, mentre le sofferenze abituali dell'insufficienza cardiaca rimangono quasi celate: « il malato è entrato nel vostro studio un gastrico, e ne esce un cardiaco » (G. Sée); a questo gruppo si appartiene giustamente il titolo di *forma dispeptica dell'insufficienza cardiaca*.

Il medico facilmente metterà in rilievo i disturbi gastrici anche taciuti dal malato, facilmente apprezzerà nella loro entità i sintomi gastrici che si accompagnano parallelamente alle altre sofferenze cardiache; la sintomatologia che merita di essere illustrata è sopratutto quella che costituisce subbiettivamente quasi *un equivalente* della sindrome cardiaca.

Nella *forma dispeptica* dell'insufficienza cardiaca, in generale i malati si lamentano di disturbi, quali diminuzione dell'appetito, anoressia costante o intermittente che li porta a restrizioni o privazioni alimentari; senso di peso e rigonfiamento gastrico, talora al senso di peso si aggiunge un senso di barra che comprime trasversalmente tutta la parte superiore dell'addome; eruttazioni, senso di bruciore esofageo, aerofagia.

Nella maggior parte dei casi manca il vomito, ma non è eccezionale; spesso congestione del volto, pesantezza al capo, bisogno imperioso di dormire, facile dispnea dopo i pasti.

Il peso e il senso di gonfiezza gastrica durano talora 3 o 4 ore dopo i pasti, il sonno del malato è agitato. D'ordinario v'ha costipazione.

L'esame obbiettivo dell'addome lascia rilevare meteorismo epigastrico, lieve dolore in corrispondenza del plesso celiaco (punto epigastrico di Mathieu e di Roux), guazzamento, sonorità anormale dovuta all'aerofagia.

L'esame del chimismo gastrico dà resultati molto variabili; così mentre Huffler, Adler e Stern, Einhorn, Harley, Olivier e Morrey concludono per l'esistenza della ipercloridria a malgrado delle cifre contradittorie talora d'un'ipocloridria, Hautecoeur, Carrière, Loeper, riprendendone lo studio, tendono ad ammettere una ipocloridria.

Gli AA., con Loeper, hanno trovato che in generale si ha secrezione ritardata, coincidente con un vuotamento lento.

I disturbi gastrici dell'insufficienza cardiaca, così riassunti, riproducono punto per punto la *sindrome dispeptica sensitivo-motrice* descritta dal Mathieu, e chi la consideri isolata, non penserà mai che la sua origine sia circolatoria. Ma in realtà ad un esame attento i disturbi gastrici non risulteranno l'unica manifestazione; si troverà sempre, ricercandola, una lieve dispnea da sforzo, che ha preceduto la dispepsia e s'è accentuata con essa; in generale i malati mettono tutti i piccoli segni che si possono porre in evidenza, in rapporto con le sofferenze gastriche.

L'andamento clinico di queste ha variazioni parallele con i segni dell'insufficienza cardiaca, migliorano con opportuna cura tonicardiaca, e, quando il definitivo stato asistolico si sia impiantato, esse persistono, pur potendo su di esse ottenere un certo miglioramento.

Eccezionalmente i disturbi dispeptici della insufficienza cardiaca possono complicarsi ad ematemesi talora mortali, in rapporto con numerose erosioni della mucosa gastrica. Meno rara è l'evenienza di constatare per mezzo della reazione di Weber o di Meyer la presenza di piccole quantità di sangue nelle feci.

La diagnosi è facile se contemporanei ai disturbi dispeptici sono tutti gli altri segni dell'insufficienza cardiaca, può essere delicata solo quando la sindrome dispeptica è l'unico esponente di essa.

Un cardiaco può avere però dei disturbi gastrici in rapporto con alterata funzione dello stomaco indipendente dallo stato del cuore: spesso i fenomeni dispeptici sono di data più antica, e quando il dubbio non si risolva con l'osservazione clinica, sarà opportuna la prova terapeutica, poichè le forme dispeptiche autonome non risentono giovamento alcuno dalla cura digitalica.

Un esame completo deve riferirsi anche al rene, di cui le lesioni possono, come conseguenze, dare l'ipo e l'asistolia e contemporaneamente sindromi dispeptiche più o meno gravi. Clinicamente i disturbi gastrici d'origine renale si accompagnano ad uno stato di nausea persistente, a vomiti ripetuti, talora a vivi dolori epigastrici; se questi peculiari caratteri mancano in presenza di lesioni cardiorenali sarà talora impossibile decidere sulle diagnosi di natura.

Talora i disturbi gastrici sopravvengono dopo una cura intensa digitalica, ma il quadro che ne risulta, fa giustamente apprezzare la loro origine.

Clinicamente gli stati dispeptici non sono l'appannaggio peculiare di una speciale cardiopatia: mitralici ed aortici, arteriosclerotici, miocarditici, pericarditici, cardio-renali più o meno precocemente possono presentarli: il meccanismo è quello della stasi, spesso aggravata dalla stasi epatica; con alterazioni secretive e nel potere motorio della fibra muscolare.

Naturalmente non piccolo valore ha il fattore individuale, poichè più facilmente insorgeranno queste sindromi, non appena i primi segni si faranno sentire, in quei soggetti che disturbi gastrici avevano quale conseguenza di piccole cause.

Il riposo e un regime alimentare ben ordinato basta per i disturbi gastrici della dissistolia, nell'ipo e nell'asistolia bisogna aggiungere la medicazione digitalica. Gli AA. preferiscono la somministrazione per iniezione intramuscolare di prodotti digitalici solubili in acqua distillata: se è necessario rassegnarsi alla cura per bocca si dovrà ricorrere principalmente alle piccole dosi di digitalina cristallizzata.

T. Pontano.

CHIRURGIA.

Il meccanismo della ritenzione prostatica.

(KEYES. *The Am. Journ. of the Med. Scienc.*, 1914, n. 5).

Le più recenti vedute sul meccanismo della ritenzione prostatica fanno ritenere che essa non sia unicamente causata dalla ipertrofia della prostata: la ipertrofia può esistere senza che perciò vi sia ritenzione, come vi sono i cosidetti fenomeni di prostatismo senza alterazioni nelle dimensioni e nella consistenza della prostata.

Si distinguono due tipi clinici di ritenzione prostatica: quella cronica, che può essere completa o incompleta, e quella completa acuta. Benchè queste forme nel loro meccanismo si somiglino molto, pure è meglio discuterne separatamente tanto più che lo studio delle forme croniche fa interpretare facilmente quelle acute.

La ritenzione prostatica cronica è la risultante di due azioni: quella del muscolo vescicale e quella dipendente dalla ostruzione meccanica.

Per quel che riguarda l'azione del muscolo vescicale bisogna considerare le condizioni del tessuto muscolare, le condizioni del sistema nervoso, le condizioni della volontà.

La cistotomia soprapubica in un prostatico antico mette spesso in evidenza un muscolo alterato, che ha perduto della sua forza contrattile. Ma il più delle volte il muscolo, sia all'esame macroscopico che microscopico non presenta alcuna anomalia. Non è dubbio però che il tono della musculatura vescicale ha grande importanza nella produzione della ritenzione prostatica, e la sua debolezza è certamente il fattore principale nella rapidità con la quale il paziente passa da un grado all'altro di ritenzione.

Per quel che riguarda il sistema nervoso bisogna tener presente che quando il muscolo è paralizzato completamente, come ad es. nella tabe, la ritenzione non è dovuta solo alla debolezza della muscolatura. L'A. ha potuto infatti constatare che eliminando l'ostacolo al collo della vescica mercè l'operazione di Chetwood, si ha un sensibile e permanente miglioramento anche quando coesisteva incontinenza.

L'influenza della volontà nella produzione della ritenzione prostatica è stata constatata in parecchie malattie nelle quali si ha insieme debolezza muscolare ed infiacchimento del potere di attenzione, condizioni che si verificano molto accentuatamente nei tifosi.

Si è già accennato al fatto che, secondo alcuni, la ipertrofia della prostata non è il fattore essenziale, necessario perchè si abbia la ritenzione prostatica. Thomson ritiene che non più della metà degli uomini con ipertrofia prostatica soffrono di ritenzione, e che parecchi di quelli che hanno questo disturbo non hanno ipertrofia della prostata. Su questa questione l'A., in base a sue osservazioni personali, è potuto venire alle seguenti conclusioni:

1° La ipertrofia della prostata non è una causa sufficiente della ritenzione prostatica.

2° Per produrre la ritenzione, la ipertrofia della prostata deve ostacolare il deflusso dell'urina dalla vescica.

3° Questo ostacolo può essere in rapporto o ad una deformazione del collo vescicale o ad una compressione dell'uretra nella glandola ipertrofizzata.

4° Che questa compressione o restringimento dell'uretra non sia sempre un fattore importante risulta da diverse considerazioni. Innanzi tutto l'uretra non è sempre ristretta, ma spesso allargata. In secondo luogo si verifica ordinariamente che il catetere non incontra nessun ostacolo attraversando l'uretra prostatica, è inconcepibile infatti che un tubo il quale si lascia attraversare da uno strumento quasi rigido opponga resistenza al passaggio di un liquido sia pure a bassissima pressione.

5° Si deve perciò concludere che la compressione laterale dei lobi prostatici sieno essi pure molto ingranditi, abbia poca o nessuna influenza nell'ostacolare il deflusso dell'urina.

Verisimilmente la ritenzione è in rapporto ad una deformazione del collo vescicale. Se si prescinde da quelle ipertrofie parziali della prostata, come l'ipertrofia del lobo anteriore o altri inspessimenti eccentrici, che producono un ostacolo meccanico differente nella sua natura da quelli che si incontrano nelle comuni ipertrofie prostatiche, si può constatare che nella maggioranza dei casi l'ostacolo al deflusso dell'urina è in rapporto ad un'accentuazione più o meno marcata di quella barriera muscolare che esiste anche normalmente tra la superficie inferiore dell'uretra prostatica e la superficie inferiore della vescica. Dal grado dell'accentuazione di questa barriera dipende il grado della ritenzione e conseguentemente la quantità dell'urina residua. La barriera stessa funziona da valvola per modo che quando più intensi sono gli sforzi per spinger fuori le ultime quantità di urina più essa chiude l'apertura battendo contro la parete dell'uretra prostatica.

La ritenzione acuta completa è dovuta ad una congestione e ad uno spasmo del collo vescicale di tale intensità che la porzione posteriore dello sfintere si applica strettamente all'anteriore anche se la vescica è del tutto piena.

Le deduzioni pratiche che si possono trarre dalle precedenti considerazioni sono parecchie. Innanzi tutto si deduce che non essendo la ipertrofia prostatica la causa unica della ritenzione il disturbo può essere eliminato rimuovendo l'ostacolo al collo vescicale senza preoccuparsi affatto delle condizioni della prostata. E quel che più importa è che basta asportare quella barriera che deforma il collo vescicale o tutto il lobo centrale della prostata. Ma se la prostata è molto ingrandita conviene allora asportare tutto perchè in questo caso i lobi laterali potrebbero costituire sempre un ostacolo al deflusso dell'urina.

Non si ripeterà mai abbastanza che la prostatectomia deve essere considerata solo come un mezzo per ottenere di rimuovere l'ostacolo alla minzione, ostacolo che esiste nel collo della vescica. E la prostatectomia perineale ha appunto lo svantaggio di far giungere al punto che si deve colpire solo in secondo tempo, mentre con la prostatectomia soprapubica si deve inevitabilmente incidere il collo della vescica, il punto cioè dove è la causa del disturbo.

Il problema della ritenzione prostatica è adunque un problema meccanico; il disturbo è verisimilmente in rapporto ad un sollevamento della porzione inferiore del collo vescicale. La prostatectomia soprapubica o perineale, totale o parziale deve mirare unicamente a rimuovere l'ostacolo, che è localizzato sul collo della vescica.

DRAGOTTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE UMBERTO I DI REGGIOLO

Su di un caso di voluminoso fibromioma del legamento largo

per il dott. DARIO MORI, chirurgo-direttore.

Comunico qui un caso di voluminoso fibromioma del legamento largo che, senza presentare un eccezionale interessamento, purtuttavia gli AA. concordano nel riconoscere come neoformazione abbastanza rara.

F... M..., d'anni 48, di Reggiolo, coniugata. Entra all'ospedale il 15 luglio 1913.

Anamnesi. — Nulla di notevole nel gentilizio. A 35 anni ha sofferto di pleurite essudativa destra, dalla quale guarì completamente. I mestrui sono apparsi a 18 anni e si sono sempre mantenuti regolari sino all'inizio della presente malattia; andò a marito a 24 anni ed ha avuto 10 gravidanze, 7 condotte a termine felicemente con puerperî normali e 3 interrotte fra il terzo e quarto mese. L'ultimo parto data da 8 anni; a 47 anni entrò nel periodo della menopausa.

La paziente si accorse circa 4 anni or sono di un lieve, ma progressivo aumento di volume del ventre accompagnato da perdita dell'appetito e sensibile dimagrimento: i mestrui si fecero irregolari, con periodi cioè di amenorrea della durata di quattro, cinque mesi; a volte l'inferma riceveva l'impressione di avere un corpo duro e rotondo nel ventre. Dopo tre anni i mestrui si sospesero completamente, il ventre cominciò a crescere in modo ancor più sensibile, e comparvero disturbi da parte della vescica e del retto (stimolo alla minzione frequente con difficoltata emissione di poche goccie d'urina, alvo piuttosto stittico). Non avendo però l'inferma, durante questo periodo, accusato mai il più piccolo dolore, si rifiutò sempre di consultare un medico. Improvvisamente un mattino fu presa da un fortissimo dolore al quadrante destro dell'addome, seguìto da profusi sudori e da vomito. Chiamato d'urgenza al letto dell'inferma, trovai la paziente abbattutissima, intensamente pallida, specie alle mucose; polso piccolo.

Dopo un rapido e sommario esame, causa le condizioni generali della donna e per l'acuto dolore al ventre, in base però anche ai dati anamnestici raccolti, espressi il dubbio trattarsi di un cistoma ovarico con torsione del peduncolo, e consigliai senz'altro il ricovero dell'ammalata in ospedale per un intervento.

Esame obbiettivo. — Donna di costituzione scheletrica regolare, con pannicolo adiposo e masse muscolari poco sviluppate; colorito della pelle e delle mucose pallido. Nulla di anormale nei varî apparati; alvo piuttosto stittico e minzione frequente e difficile; nessun componente anormale all'esame chimico e microscopico dell'orina. All'*ispezione* l'addome appare enormemente aumentato di volume, globoso e di forma simile a quella che dà l'evoluzione di una gravidanza.

La *palpazione,* praticata con molta dolcezza, non lascia alcun dubbio sull'esistenza di un tumore endo-addominale, di forma sferoidale, a superficie liscia, di consistenza duro-elastica simulante una fluttuazione: detto tumore appare dotato di pochissima mobilità e fortemente dolente specie alla regione ovarica destra.

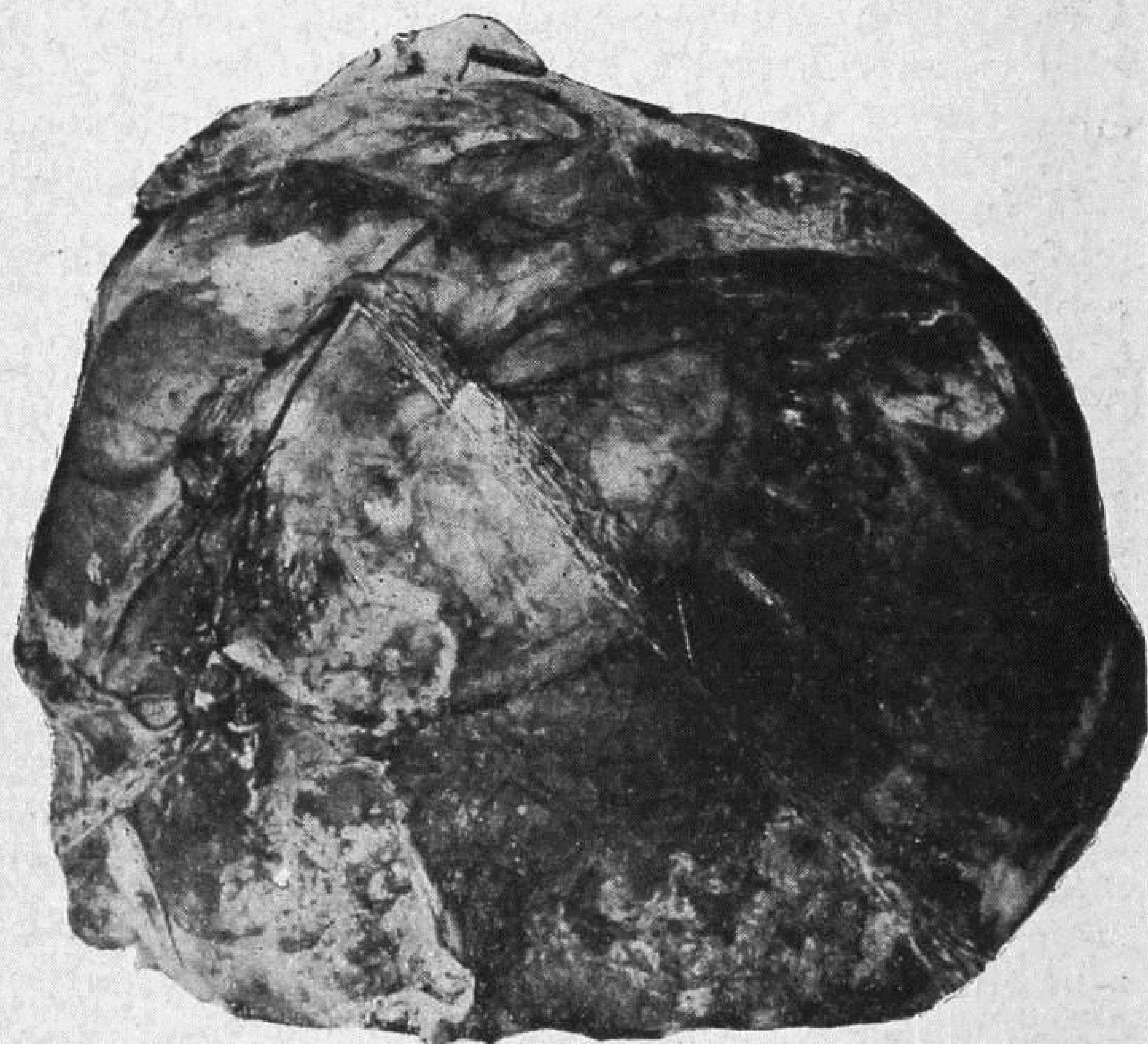
La *percussione* rivela un suono ottuso su tutta l'estensione della faccia anteriore del tumore, rimanendo invece sonore le parti declivi laterali dell'addome; cercando poi dolcemente di imprimere dei movimenti all'ammalata, si rivela che questi movimenti non modificano affatto la sonorità laterale.

L'*esplorazione combinata,* che riesce però molto laboriosa, causa il volume del tumore, la distensione delle pareti addominali e la forte dolorabilità (tanto che è necessario praticare una iniezione di morfina), permette da ultimo di riscontrare quanto segue e cioè: scomparsa del fornice destro, lussazione completa verso sinistra e verso le parti più declivi dell'utero che appare piuttosto fisso, diminuito di volume in posizione di retroflessione, e affatto indipendente dalla massa del tumore. Il tumore appare di forma globosa, di consistenza piuttosto dura, ma simulante un certo grado di fluttuazione, dotato di pochissima mobilità.

Diagnosi clinica. — Cistoma ovarico a sviluppo intra-legamentoso con torsione del peduncolo.

Operazione. — Preparata l'ammmalata convenientemente per la laparotomia si procede il

16 luglio alla cloronarcosi previa iniezione di un centigrammo di cloridrato di morfina. Ad anestesia completa, si passa allo svuotamento della vescica e si mette l'ammalata nella posizione di Trendelenburg; si pratica quindi una lunga incisione addominale che da un dito trasverso al disopra del pube, gira a sinistra dell'ombelico e arriva a quattro dita trasverse al disopra dell'ombelico stesso. Aperto il cavo peritoneale, fissai con tre punti di catgut per lato il peritoneo ai margini della ferita cutanea, introdotta quindi una mano a piatto entro l'addome, e girando con essa attorno alla superficie antero-laterale del tumore mi rendo conto subito della sua consistenza solida, con mancanza assoluta di fluttuazione in qualsiasi punto, della scarsissima mobilità, e della sua sede interligamentosa. Passo allora ad un'ampia incisione del legamento largo scostando il più largamente possibile il peritoneo dalla superficie del tumore, e rompendo colle dita le numerose aderenze, qualcuna incidendola fra due legature causa la loro vascolarizzazione.



Liberata così completamente la massa, mi riesce facilmente di enucleare il tumore dall'enorme cavità che tosto si affloscia, pratico quindi l'escissione della sierosa e della sacca eccedente e passo alla sutura profonda e superficiale del legamento largo. L'utero appare molto piccolo, e data anche l'età della donna, mi decido a passare all'isterectomia sopravaginale bassa; ricostituito quindi il peritoneo pelvico, fatta un'accurata *toilette* della cavità addominale, marsupializzo la ferita. Infine sutura della ferita addominale.

Decorso post-operatorio. — Normale; completa apiressia.

Esito. — Guarigione. L'inferma lasciava l'ospedale il 6 agosto.

Caratteri macroscopici del tumore. — La tumefazione è del volume di una grossa testa di adulto, del peso di kg. 3.800, di forma rotondeggiante, lievemente appiattita nella sua faccia posteriore, di consistenza dura ed elastica, di colorito bianco-grigiastro.

Al taglio la sua consistenza appare omogenea, senza traccie di infiltrazione edematosa o di degenerazione cistica in alcun punto.

Esame microscopico. — Da varî punti del tumore si asportarono singoli pezzetti che vennero fissati in alcool, Zenker e liquido di Orth. Come liquidi coloranti si adoperarono l'ematossilina, l'eosina ed il von Gieson; l'ematossilina Mallorey Ribbert per lo studio del reticolo; il Weigert per l'elastina.

Ad un esame sommario ed a semplice colorazione nei diversi punti studiati, il tumore risulta costituito da una serie di fasci diversamente robusti e che decorrono nelle più variate direzioni; questi fasci osservati a forte ingrandimento, si presentano costituiti da elementi cellulari che nell'intima struttura ripetono esattamente il tipo della fibro-cellula muscolare liscia e che sono tenuti assieme da tessuto connettivo, a loro interposto, e che porta scarsi vasi.

I fasci muscolari, specie nella parte centrale del tumore, sono avvolti a forma di chiocciola; esistono anche parecchi tratti fascicolati uno accanto all'altro in modo da risultarne una struttura a forma di bulbo. In mezzo a detti fasci, circondate da fibrille connettivali finissime, le cellule sono disposte in strati paralleli e si distinguono, oltrechè per essere più grosse e più ricche in protoplasma, per i loro nuclei disposti a distanze regolari, a serie, di forma *bacillare*, piuttosto ricchi in cromatina, che si differenziano dai nuclei del tessuto connettivo, che sono invece affusolati all'estremità (corpuscoli del tessuto connettivo) e per l'uniformità del loro diametro trasversale in quasi tutta la lunghezza. In tagli trasversali le fibro-cellule si presentano in forma poliedrica, appiattite reciprocamente, con nucleo rotondo ed oscuro.

I tratti connettivali sono poveri di cellule migranti; nei preparati al von Gieson spiccano sui campi più scuri del tessuto muscolare, come cordoni più chiari, e mentre si presentano in alcuni punti sotto forma di spesse travate fibrose che si insinuano tra i fasci muscolari e li circondano, in altri punti invece sotto forma di fibrille ondulate e serpiginose scollano i singoli fascetti muscolari, alternandosi con essi e rendendone così difficile la differenziazione.

Più denso si presenta il connettivo attorno ai vasi che circonda a manicotto.

Il tessuto elastico appare scarso in tutto il tumore; qualche fibrilla nei tratti dove il tessuto connettivo è rappresentato da elemento più giovane; più denso e fortemente colorato si presenta nelle pareti vasali arteriose.

L'endotelio dei vasi, che, come già si disse si riscontrarono in tutti i punti studiati molto scarsi, è spesso molto alto e protubera nel lume: la tunica muscolare è in alcuni assai sviluppata, ed in tagli trasversali in questi casi appare sotto forma di striscie rotonde, assai larghe; si direbbe che la tunica muscolare in queste arterie fosse iperplastica, perchè da esse si vedono irraggiare nel tessuto circostante dei prolungamenti che s'intrecciano con i fasci del vero parenchima neoplastico. Ciò verrebbe in appoggio della teoria sostenuta da Roesger, Gottschalk ed altri, che sostengono l'origine di questi tumori dalla muscolatura delle piccole arterie in contrapposto a quella di altri (Scalone, Faber) che ammettono un cambiamento delle cellule della muscolatura uterina.

Non fu possibile riscontrare nelle diverse sezioni le inclusioni epiteliali bene studiate da Reklingausen costituite, com'è noto, da cellule

epiteliali cubiche o cilindriche con ciglia vibratili che stanno a contatto diretto con la sostanza muscolare. Queste formazioni epiteliali di Reklingausen vennero attribuite a residui del corpo di Wolff, ed è questo reperto che servì a spiegare l'origine dei miomi da disposizioni congenite. Così pure non si riscontrarono nel tumore fatti degenerativi, tanto facili a riscontrarsi in coteste neoplasie, e cioè degenerazioni sclerotiche, grassose o ialine, e molto meno calcaree.

E riassumendo: per la disposizione trabecolare del connettivo a scarsi nuclei e scarsità di vasi; per la disposizione dei fascetti muscolari e nuclei uniformi, e d'altra parte per la mancanza in ogni punto studiato del tumore di una struttura reticolare tipica, e per l'assenza assoluta di un polimorfismo nucleare e cellulare tipico dei sarcomi, oltrechè per il carattere macroscopico ed il decorso clinico si dovrebbe concludere per un fibromioma duro dell'utero.

CONSIDERAZIONI.

L'apertura del ventre ha fatto cadere la diagnosi di cistoma ovarico, mettendoci di fronte ad un tumore solido che l'esame istologico avrebbe poi qualificato come un fibromioma duro dell'utero.

Bisogna convenire però che se in simili casi riesce relativamente facile una diagnosi differenziale colla *gravidanza*, coll'*ascite*, con un *tumore fantasma*, con l'*ematometra*, coll'*idronefrosi* ed i *tumori renali*, coi *neoplasmi* del *peritoneo*, del *fegato* e della *milza*, come è riuscito a me e in base all'anamnesi e in base all'esame completo dell'ammalata, riesce però alle volte estremamente difficile, specie nei tumori molto voluminosi e che riempiendo tutto l'addome ne distendono enormemente la parete addominale, la diagnosi differenziale tra le *cisti* dell'*ovaia* ed i *tumori fibrosi* dell'*utero* e particolarmente i *tumori fibrocistici* che sono le sorgenti degli errori più numerosi.

Molti clinici hanno avuto occasione di vedere casi nei quali per la mancanza di sintomi uterini, per l'enorme sviluppo del tumore addominale e per i suoi caratteri (forma sferoidale, fluttuazione o pseudo-fluttuazione, per l'indipendenza notevole dell'utero retroflesso dal tumore, per l'assoluta impossibilità di palpare esattamente il peduncolo e di sentire l'ovaia (sintomatologia comune al mio caso) non era possibile decidere fra fibromioma e cistoma. Döderlein afferma che tali errori succederanno sempre, e si potranno chiarire soltanto dopo aperto il cavo peritoneale, ciò che è affatto scusabile, perchè di nessuna conseguenza per le ammalate.

Reclus afferma che quando i fibromiomi hanno un'evoluzione francamente addominale, essi dànno luogo a serie difficoltà di diagnosi, ed è certamente con le cisti dell'ovaio che furono più sovente confusi. Quando si tratta poi di cisto-fibromi nettamente fluttuanti, l'errore è quasi inevitabile, e Gusserow dice che in tali circostanze nei casi rarissimi in cui la diagnosi fu fatta, ciò avvenne piuttosto per una fortunata combinazione che non in conseguenza di un'analisi minuta dei sintomi. D'ordinario le cose si presentano in tal guisa che si fa francamente diagnosi di cisti dell'ovaio senza neppure discutere la possibilità di un cisto-fibroma. Vero è che nel nostro caso trattavasi non di un cisto-fibroma, ma di tumore solido, compatto, in cui doveva necessariamente mancare il sintomo patognomonico del cistoma ovarico, la fluttuazione. Se si pensa però che detta fluttuazione può subire forti oscillazioni d'intensità e di chiarezza causa la diversa spessezza della parete cistica e la consistenza diversa del liquido, che la quasi fissità del nostro tumore per la sua sede intralegamentosa poteva essere un ostacolo a percepirla nettamente, se si pensa da ultimo a quel senso di pseudo-fluttuazione, di cui ho sopra accennato, e che si percepiva alla palpazione dell'addome e all'esplorazione combinata, causa la consistenza un po' elastica del tumore stesso, parmi giustificato come si possa essere caduti in un errore diagnostico.

Un'altra considerazione che potrebbe farsi nel caso nostro è se il tumore da me asportato può essere annoverato tra quei fibromiomi originatisi primitivamente dal connettivo pelvico, e più particolarmente dal legamento largo, ed indipendenti assolutamente dall'utero.

È stabilito oggi che fibromiomi possono svilupparsi nel legamento largo a spese del tessuto connettivo e delle fibre muscolari liscie che si trovano nello spessore del legamento largo e la cui esistenza illustrata da Ronget nel 1858, venne poi studiata e risolta affermativamente in seguito da Sanger, Bielfinger, Freund, Strochecker, Martin. Dette neoplasie sarebbero abbastanza rare, tantochè il prof. Calderini afferma che i casi di fibromiomi primitivi del legamento largo, noti finora, sarebbero 51.

Come sintomi i fibromiomi del legamento largo presenterebbero la stessa sintomatologia dei fibromi uterini intraligamentosi: sintomi patognomici sarebbero poi la loro fissità o mobilità minima, raramente essendo peduncolati, e l'assenza completa di emorragie. Talora non provocano nè dolori, nè disturbi; il loro sviluppo è lento, il loro volume generalmente medio, ma può assumere in certi casi uno sviluppo enorme, andando da una testa di adulto sino ad assumere proporzioni tali da raggiungere il peso di 18 e 20 chilogrammi.

In quanto alla loro struttura macroscopica e microscopica si è riscontrato che in questi tumori si verifica la stessa struttura istologica

propria dei fibromiomi uterini. Sono generalmente di forma globosa, di colorito biancastro e grigiastro, di consistenza duro-elastica; alle volte cedevole per modo da dare un senso ingannevole di fluttuazione.

Si riscontrano generalmente in donne, la cui età può variare dai 30 ai 50 anni.

Contrariamente a queste opinioni alcuni AA. hanno sostenuto che questi tumori non erano se non fibromiomi uterini emigrati nel legamento largo, nati a spese dell'utero, al quale forse non erano attaccati che per mezzo di un peduncolo sottilissimo e lamelloso.

Il prof. Carle riferisce di avere operata una donna che aveva nella cavità addominale un voluminoso tumore sferico, grosso almeno come la testa di un adulto, aderente lassamente ad una ansa del tenue, ma sopratutto aderente, e per gran parte veramente rivestito dal grande epiploon. Non si riconobbe all'atto operativo alcuna connessione coll'utero, ma l'esame successivo del tumore lo dimostrò perfettamente identico ai soliti fibromiomi di quest'organo. Non solo nella superficie di sezione mostrava la stessa tessitura con l'intreccio ondulato dei fasci fibrosi, ma vi erano qua e là aree di rammollimento edematoso e di degenerazione cistica, come si vedono in molti fibromiomi dell'utero, e all'esame microscopico della sezione risultava difatti costituito da fasci fibromuscolari variamente intrecciati.

Per cui riassumendo bisogna convenire che oggi gli AA. concordano nell'ammettere la formazione di fibromiomi primitivi del legamento largo, assolutamente indipendenti dall'utero, come hanno dimostrato le osservazioni precise di Sänger, Bielfinger, Tédenat. È probabile però che un certo numero di osservazioni pubblicate col nome di fibromiomi del legamento largo, non fossero altro che dei fibromiomi intraligamentosi dell'utero, che nel corso del loro sviluppo avendo perduto ogni connessione muscolare coll'utero stesso, non permettevano più di decidere se fossero in origine realmente dipendenti da quest'organo o se non si fossero sviluppati direttamente dai fasci muscolari, che si trovano nello spessore del legamento largo.

Ed il nostro caso parmi potesse benissimo prestarsi ad una simile interpretazione, avvalorata anche dal fatto di avere trovato l'utero non solo indipendente, ma piccolo e normale.

Peraltro, di fronte anche al reperto microscopico, non mi credo autorizzato ad affermare la diagnosi di fibromioma primitivo del legamento largo, ed ho voluto soltanto rendere noto questo mio caso, parendomi non sia privo di una certa importanza.

BIBLIOGRAFIA.

BARBACCI O. *Tumori,* in «Trattato italiano di chirurgia», vol. I, parte IV.

BIELFINGER. *Ein Beitrag zur Kenntniss der primären dermoiden Geschwülsten in den breiten Mütterbändern.* Inaug. Dissert. Würzburg, 1887.

CALDERINI G. *Tumori a sviluppo interlegamentoso,* in «Trattato italiano di chirurgia», volume V, parte IV.

DÖDERLEIN A. e KRONIG B. *Ginecologia operativa.* Parte II, parte speciale.

DUPLAY S. e RECLUS P. *Trattato di chirurgia.*

FREUND. *Das Bindgewebe im Weiblichen Bechen.* ecc. Gyn. Klin., Strasbourg, 1885, p. 203.

MARTIN A. *Die Krankheiten des Bechenbindegewebes.* Berlin, 1906.

MENGE C. e OPITZ E. *Handbuch der Frauenheilkunde für Arzte und Studierende.* 1913.

POZZI S. *Trattato di ginecologia clinica ed operatoria.*

ROUGET. Journal de Physiol., 1858, t. I, p. 494.

SANGER. *Ueber primären dermoiden Geschwülste der ligamenta lata.* Arch. f. Gyn., 1880, t. XVI, p. 258, e 1883, t. 21, p. 179.

STROCHEKER. *Les fibromes du ligament large.* Annal de gyn., 1903, t. LIX, p. 50, e Thèse de Paris, 1902.

TÉDENAT. Citato da RECLUS in *Trattato di chirurgia,* vol. VIII, p. II, p. 146, l. c.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medica-Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni d'interesse pratico.

Prof. FINIZIO GAETANO. *Il latte iperzuccherato nell'alimentazione dei lattanti.* — Il latte iperzuccherato fu preparato aggiungendo prima della sterilizzazione, al latte intero o variamente diluito, zucchero di barbabietole nella proporzione del 10 e talora anche del 12 % della massa liquida totale.

In parecchi casi di dispepsia accompagnata da vomito e da ipotrofia, il latte iperzuccherato manifestò azione antiemetica e restauratrice della nutrizione.

Ritiene che l'azione antiemetica del latte iperzuccherato debba ascirversi soltanto alla forte proporzione di zucchero, perchè anche l'acqua zuccherata agisce similmente. Lo zucchero avrebbe un'azione modificatrice della secrezione gastrica.

L'azione restauratrice dello zucchero sulla nutrizione si spiega non solo per azione indiretta, facendo cioè esso cessare i vomiti, ma altresì per azione diretta, trofica ed energetica degli atrofici, in uno dei quali eravi arresto dell'ac-

crescimento, e nell'altro anzi il peso del corpo andava abbassandosi, uno ebbe invece elevamento ponderale rispettivamente di 23-26 grammi *pro die*. Le quantità di zucchero somministrate in questi casi furono relativamente molto alte, circa 20 grammi per chilogrammo di peso del corpo. Questi casi con altri consimili registrati nella letteratura dimostrano che nei casi di disturbi di nutrizione dei lattanti, anche nello stadio di decomposizione, gli zuccheri non sempre sono nocivi.

Prof. GIUSEPPE DAGNINI. *Sul blocco digitalico del cuore.* — In un malato di febbre tifoide l'uso della digitale in modica dose provocò la comparsa di una dissociazione atrio-ventricolare completa. Il fenomeno era interessante non solo per la intensità non comune raggiunta dal disordine, ma anche perchè questo non si accompagnava a rallentamento delle pulsazioni degli atri e perchè, mediante alcuni artifici, come tosse, movimenti, le manifestazioni di blocco temporaneamente si dileguavano dando luogo ad un ritmo regolare nel quale ogni stimolo era, come normalmente, trasmesso fino ai ventricoli. Durante questi periodi di ritorno allo stato normale di conducibilità, apparve solo per pochi istanti, o non apparve un acceleramento dei battiti auricolari. Questo fu invece più notevole durante la prova dell'atropina e del nitrito d'amile; però le pulsazioni auricolari tornavano a poco a poco alla media osservata nel periodo di blocco. Passa quindi il disserente a discutere il meccanismo di questi fenomeni.

Dott. VINCENZO NERI. *Catatonismo distiroideo.* — Illustra la sua esposizione presentando un'inferma.

Dott. ORESTE CANTELLI. *Se la ricerca del triptofano e dell'acido indoloacetico nelle feci e dell'uroroseina nelle urine abbia un qualche valore speciale sia considerata in sè stessa, sia in rapporto a quella dell'indossile ed a quella dell'indolo fecale ed urinario.*

Prof. GIOVANNI D'AJUTOLO. *Alcune rare o nuove forme di anomalie congenite del padiglione auricolare.* — Descrive in base a fotografie varî casi da lui osservati, parlando anche della morfogenesi del padiglione. Nota specialmente un esempio di orecchi contemporaneamente ad ansa e a conchiglia, un esempio di padiglioni molto concavi, che vorrebbe denominarli a vaschetta, un altro con l'antelice tripartita e con un rilievo sigmoide, e parecchi altri.

Questi ultimi, li crede come esempi nuovi, per non averne trovato descrizione nella letteratura.

Dott. ANTONIO PERUCCI. *Ipermegalia della vescica con dilatazione dell'uretere e del bacinetto renale sinistri e conseguente reflusso vescico-renale.* — Si tratta di un bambino di dieci anni ricoverato nell'Ospedale Maggiore, lungamente studiato con esami obbiettivi, cistoscopici e radioscopici, finiti poi con un intervento operativo di cistostomia soprapubica.

Dott. G. CAVINA. *Intorno ad un caso interessante di cardioptosi.* — Si tratta di un individuo sessantenne, nel quale il cuore si trova straordinariamente abbassato, pur essendo di volume normale. L'impulso cardiaco si osserva nella regione epigastrica.

Presenta il malato. I confini dell'area cardiaca, mostrati colla radioscopia sono i seguenti: in basso 4 cm. sotto l'appendice ensiforme; a sinistra, 2 cm. all'interno dell'emiclaveare sinistra; in alto, 5° spazio intercostale sinistro; a destra, marginale dello sterno.

Oltre al cuore, anche il fegato, lo stomaco e i reni sono notevolmente abbassati. Ciò può dimostrare che in tale persona esiste probabilmente fino dalla nascita una organizzazione difettosa di tutti quei tessuti di fissazione degli organi, permodochè l'abbassamento del cuore non può essere che l'indice di una costituzione generale ptosica, dovuta pel cuore ad un rilasciamento del fascio vascolare.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 23 novembre 1914.

Dott. C. FORONI. *È possibile l'asportazione di tumori dall'interno del globo oculare conservando il globo oculare stesso. Tecnica.* — In base a personali esperienze l'O. afferma la possibilità di eseguire in oftalmoiatria atti operativi che parrebbero a prima giunta irrealizzabili, quale appunto l'asportazione di tumori dall'interno dell'occhio.

È necessario mettere l'occhio in condizioni speciali che certo non si raggiungerebbero colla semplice narcosi generale. Bisogna cioè che il bulbo sia assolutamente indipendente dai muscoli motori esterni, nonchè dagli altri tessuti che lo rivestono per impedire su di esso la più piccola pressione e perchè possa, trattenuto solo dal nervo ottico e dai vasi e nervi ciliari posteriori, fuoriuscire sufficientemente dall'orbita e quindi dalla rima palpebrale ampliata mediante la cantoplastica, onde poter aggredire la sclera alla regione equatoriale ed anche un po' oltre, a seconda della sede del tumore o del corpo estraneo. I varî tempi dell'operazione sarebbero i

seguenti: 1° anestesia completa mediante iniezione superficiale e profonda di novocaina e adrenalina; 2° incisione rima palpebrale esterna; 3° peritomia circolare; 4° passaggio di un filo a borsa di tabacco nel bordo della congiuntiva; 5° tenotomia dei quattro retti con applicazione di un filo ad ogni singolo rispettivo moncone tendineo; 6° lussazione del globo oculare; 7° presa del bulbo in un punto intermedio tra il limite anteriore del tumore e il margine corneale mediante un filo introdotto nello spessore della cornea; 8° incisione ad *u* della sclera e coroide diretta verso il polo posteriore, la cui ampiezza trasversale superi considerevolmente la base di impianto del tumore, la cui sede fu fissata esattamente in precedenza coll'esame oftalmoscopico; 9° apertura del globo oculare e distacco del tumore e della coroide sottostante dal lembo sclerale; 10° chiusura della breccia annodando i tre fili che si saranno messi in precedenza a cavaliere della linea di taglio quando cioè nel 7° tempo si applicò il filo di presa; 11° riallacciamento dei muscoli retti; 12° chiusura della borsa congiuntivale al disopra della cornea.

Per la rigidità stessa della sclera e perchè la retina a guisa di paratia-stagno trattiene il vitreo, questo non si presenta, nè tanto meno fuoriesce; alla nutrizione del bulbo provvedono sufficientemente in primo tempo i vasi ciliari posteriori. L'operazione va riservata ai casi di tumori della coroide nella loro prima fase, quando si presentano in forma nodosa e si trovano isolati dalla retina per il trasudato che li circonda. Per questo particolar modo di presentarsi essi differiscono dagli altri neoplasmi che si sviluppano in seno ai tessuti con i quali contraggono le più intime aderenze. Questa considerazione giustificherebbe l'atto operativo proposto, sulla opportunità del quale solo potrà rispondere l'esperienza clinica e il tempo: esso può anche venir eseguito a scopo esplorativo e per aggredire corpi estranei nell'interno del bulbo.

Dott. L. DURANTE (Patologia generale). *Contributo alla fisiopatologia dei nervi splancnici in rapporto alla patogenesi dell'ulcera gastrica.* — Gli esperimenti istituiti dall'A. si svolsero su 41 cani e su 26 conigli; sugli splancnici di destra e su quelli di sinistra. L'A. ha fatto precedere al lavoro sperimentale uno studio anatomo-topografico sui nervi splancnici specialmente nella regione sottodiaframmatica, punto in cui venne praticata la exeresi nervosa. La via seguita e mai finora da altri eseguita, fu quella lombare extraperitoneale, la quale limita od ovvia completamente agli inevitabili traumi sui visceri, come avviene seguendo la tecnica laparotomica.

Solo quando la resezione con asportazione di un tratto di un cm. circa interessa i nervi piccoli splancnici, conseguono alterazioni gastriche; nessuna alterazione consegue invece alla resezione del grande splancnico anche se praticata bilateralmente. Le lesioni sono permanenti e a carattere necrobiotico quando vengono lesi gli splancnici piccoli di sinistra; sono di poca entità ed effimere quando la resezione cade sugli splancnici di destra. Le alterazioni gastriche accennate consistono essenzialmente in zone limitate di necrosi di forma rotondeggiante, del diametro dai 2 ai 6 mm. nel cane, da 1/2 mm. ai 2 mm. nel coniglio; esse sono innumeri ed occupano elettivamente il grande fondo dello stomaco nel coniglio; sono poche e occupano preferibilmente la regione pilorica nel cane. Dette alterazioni iniziano dagli strati profondi e progrediscono fino a raggiungere la superficie della mucosa gastrica; nella loro ulteriore evoluzione poi per un processo di delimitazione tra la zona sana e quella mortificata esse vengono ad eliminarsi: ne risulta una perdita di sostanza a carattere ulcerativo. Per l'interpetrazione patogenetica del fatto che le lesioni si riscontrano solo quando la exeresi interessa i piccoli splancnici di sinistra, l'A. ricorda come per la lesione di questi nervi venga ad essere coinvolta nel ciclo morboso anche la milza la quale presenta in effetto delle alterazioni cospicue.

Secondo l'A. non è lecito finora allo sperimentatore tracciare il parallelo di identità genetica tra le lesioni sperimentali e quelle della patologia umana.

Dott. G. C. SEGALE (Clinica chirurgica). *Sulla sorte della cartilagine epifisaria nei reimpianti di estremità ossee e di articolazioni.* — Le conclusioni che l'A. trae dalle sue numerose ricerche sono le seguenti:

Nei reinnesti dell'estremo prossimale del radio: 1° in un periodo iniziale non si osserva nè la necrosi della cartilagine, nè alterazioni strutturali notevoli; non si è però autorizzati ad ammettere una funzione in atto; 2° dopo circa due mesi possono presentarsi tratti ampî di cartilagine coniugale sopravvissuta, per quanto esistano segni indubbi di processi regressivi e si riscontrino zone antiche insulari di necrosi sostituite da elementi midollari o di connettivo ricco di vasi; si possono osservare alla periferia delle zone insulari di proliferazione di cellule cartilaginee che non conducono però alla rigenerazione fisiologica della cartilagine; 3° la funzione della cartilagine epifisaria nei reimpianti

è abolita; mentre dal lato normale si svolge attivissimo il processo di ossificazione, nel reinnesto manca la zona di ossificazione e sono riassorbite le lamelle ossee della metafisi; al loro posto il midollo osseo confina con una linea netta col margine inferiore della cartilagine coniugale rimasta, formata dalle colonne di cellule seriate; 4° i reperti radiologici dimostrano che il pezzo reimpiantato non cresce in lunghezza; essi depongono bensì per un allungamento totale del radio (durante il periodo di esperimento) che è in rapporto esclusivo coll'accrescimento in lunghezza del segmento distale.

Nei reinnesti articolari alla Borst la cartilagine può necrosare totalmente e venir sostituita da tessuto neoformato mentre è assai vivace il processo di sostituzione dell'osso che cade in necrosi; i risultati sono in massima assai peggiori. L'accorciamento del segmento operato è nelle radiografie assai dimostrativo per fare ritenere cessata la funzione della cartilagine di accrescimento.

Dott. C. CANESTRO (Istituto patologia chirurgica). *Il cateterismo ureterale e lo studio della funzionalità renale mediante la costante ureosecretoria.* — L'A. enumera le molteplici cause di errore cui espone questo metodo e discute sul modo più opportuno per evitarle. Riferisce i dati ottenuti nelle ricerche da lui fatte su individui normali, mettendo in rilievo le forti oscillazioni che si possono riscontrare e le notevoli difficoltà di interpetrazione. Crede però che perseverando in queste ricerche si possa arrivare a stabilire quei dati fondamentali che ne permetteranno l'utile applicazione nel campo clinico.

LO STESSO. *Il rene mobile e la costante di Ambard.* — L'A. ha studiato il comportamento della costante di Ambard in individui affetti da rene mobile sia nell'urina globale, sia nelle urine separate dei due reni, tanto in posizione eretta che in posizione orizzontale.

Riferisce sui dati da lui ottenuti, i quali hanno potuto mettere in evidenza che la costante ureo-secretoria nel rene mobile presenta delle oscillazioni piuttosto ampie ma pur sempre nei limiti normali e che in linea generale il clinostatismo e l'ortostatismo non influiscono sul valore della costante. In due casi ha poi osservato una costante più elevata in posizione eretta; essa potrebbe essere denominata una costante « ortostatica » probabilmente dovuta a minime lesioni renali.

SEGÀLE.

Regia Accademia delle scienze mediche in Palermo.

Seduta del 21 novembre del 1914.

Presidenza del prof. CERVELLO.

CIULLA. — *Fratture della rotula suturate con anse di seta e di catgut con ottimi risultati.* — Riferisce sopra due casi di frattura della rotula operati uno dall'O., l'altro dal Lionti, con la osteosintesi e adoperando come materiale di sutura i grossi fili di catgut.

Presenta le radiografie ed uno degli operati dimostrando la perfetta consolidazione delle fratture e l'ottimo risultato funzionale.

Mette in confronto tali radiografie con altre in cui il Lionti si servì della seta come materiale di sutura e con altre in cui furono adoperate delle anse metalliche.

Anche con la sutura ossea a fili di seta il risultato è stato ottimo, non così può concludere per i casi in cui furono adoperati i fili metallici.

Dimostra che il catgut non si riassorbe così celeremente come in generale si crede, citando osservazioni di Minervini che lo riscontrò ancora resistente nei tessuti dopo 125 giorni, di Foltin che riscontrò residui di catgut allo iodio dopo 120 a 180 giorni ed osservazioni personali di Lionti che hanno riscontrato dei fili di catgut ancora resistentissimi dopo quasi 4 mesi dell'intervento operativo.

Afferma che l'avvicinamento dei monconi di frattura col catgut e con la seta riesce del tutto completo; mentre ciò non è possibile mediante i fili metallici, giacchè l'attorcigliamento eccessivo dell'ansa metallica, può dar luogo a nuove lesioni ossee e non di rado l'ansa si spezza.

Ricorda le osservazioni del von Bruns, il quale, mediante radiografie, dimostrò che i fili metallici coll'andar del tempo finiscono collo spezzettarsi dando luogo alla formazione di frammenti metallici, che possono cadere nella cavità articolare e produrre fenomeni dolorosi e disturbi funzionali del tutto simili a quelli dati dalla presenza di corpi estranei.

Conclude affermando che, la sutura con fili di seta è da preferirsi a quella con anse metalliche e che nei casi con leggera diastasi dei frammenti anche il catgut può essere adoperato con ottimi risultati evitando esso anche gl'inconvenienti della seta.

Prof. L. GIUFFRÈ. *Sulle nevrosi respiratorie. Note di semeiotica e di nosologia.* — L'O. innanzi tutto fa rilevare le deficienze e le lacune dei trattati classici su questo argomento, dà

quindi la definizione delle nevrosi respiratorie di moto e ne espone i caratteri semeiologici principali e la relativa classificazione:

I. Atipie: *a*) forma dissociata e sue varietà; *b*) e *c*) forma prevalentemente costale; *d*) forma alternante; *e*) forma asimmetrica.

II. Aritmie: *a*) forma intermittente; *b*) forma ineguale, *respiratio miura*, inversa, ecc.; *c*) forma periodica; *d*) forma sovrapposizione di singoli atti del respiro, crotopnea; *e*) forma a riprese, a sbalzi (esagerazione della precedente) come nel singulto, ecc.; *f*) forma sussultoria; *g*) forme irregolari.

III. Tachipnea, bradipnea.

IV. Dispnea.

V. Forme miste (asma, ecc.) irregolari, atassiche (respirazione di Grocco, respirazione di Biot), meningitismo, *respiratio irregularis totalis, delirium respirationis*.

Caratteri semeiologici secondarî. Adottando questi criterî di classificazione si riesce a mettere l'ordine tanto nelle forme nevrotiche pure quanto in quelle sintomatiche servendosi anche dei caratteri secondarî che sono: 1° semplicità o complessità della sindrome; 2° coesistenza di analoghi disturbi del cuore; 3° di altri disturbi sensitivi o vasomotorî psichici (angoscia); 4° coesistenza di sintomi delle grandi nevrosi; 5° inizio e decorso, accessi vicini o non, notturni, ecc.; 6° modificazioni per volontà, emozioni, sonno, ipnosi e ipnotici, inalazioni di ossigeno, suggestione.

Viene poi a parlare dell'etiologia di dette nevrosi distinguendo come nell'asma: cause predisponenti (eredità, anemia, affezioni dell'apparecchio respiratorio, ecc.); cause occasionali, determinanti (inalazioni di polveri, odori, ricordo di esse, emozioni) cioè meccaniche, tossiche, infettive, psichiche. Si occupa della poca importanza che hanno per queste nevrosi i recenti studi sulla simpaticotonia e vagotonia, e mette in luce l'influenza, prima sconosciuta, del traumatismo.

Nelle forme pure nessuna lesione, nelle sintomatiche lesioni all'apparecchio respiratorio o al circolatorio, o dei nervi e dei centri nervosi. Per determinare la sede e la natura della presunta lesione bisogna quindi ricorrere alle conoscenze fisiologiche, alle quali non poco ha contribuito anche lo studio di queste nevrosi.

Sede del processo morboso: classificazione anatomica. Dal punto di vista della sede anatomica queste nevrosi si distinguono in periferiche, centrali, riflesse.

Natura del processo morboso e relativa classificazione etiogenetica. Anche nel caso di queste nevrosi si tratta di fenomeni di eccitazione (ipocinesia, spasmo, contrattura) o di depressione, inibizione (ipocinesia, paresi, paralisi) o di incoordinazione (discinesia, atassia in senso lato).

Concezione nosografica. Queste sindromi si riscontrano sole ed autonome ad integrare il quadro morboso, oppure possono far parte di quadri morbosi più complessi (isterismo, nevrastenia, corea, nevrosi traumatica, ecc.).

Diagnosi, prognosi, cura.

1° Diagnosi semeiologica: atipie, aritmie, ecc.

2° Diagnosi anatomica. Sede: *a*) apparecchio respiratorio o circolatorio; *b*) sistema nervoso: periferia sensitiva (forme riflesse), tronchi nervosi (forme periferiche), centrale: spinale, bulbare corticale.

3° Diagnosi di natura: si tratta di eccitazione, inibizione atassica; si tratta di lesione funzionale o anatomica.

4° Diagnosi nosografica: si tratta di forma autonoma o di forma sintomatica di altre nevrosi.

Prognosi: *quoad vitam* non grave in genere, *quoad valetudinem*, secondo la curabilità.

Cura: etiologica e sintomatica; importanza della suggestione.

G. DONZELLO.

Abbonamento al "Policlinico" per l'anno 1915 con Premio speciale.

La nostra Amministrazione offre in Premio agli Abbonati al *Policlinico* l'importante opera:

Atlante di Anatomia Umana

Descrittiva e Topografica del Dott. CARLO HEITZMANN

grosso volume di 592 pagine in 8° grande e in carta di lusso contenente ben 789 figure colorate

2ª ediz. italiana (unica attualmente in commercio) al prezzo di L. 32

eseguita sull'ultima edizione tedesca

per cura del Prof. GIUSEPPE LAPPONI

alle seguenti condizioni:

Con lire **33** se per l'Italia e con franchi **48** se per l'Estero, si avrà:

a) l'abbonamento alla Sezione Medica, alla Sezione Chirurgica ed alla Sezione Pratica;
b) il volume di Premio gratuito ordinario: **Manuale di Oto-Rino-Laringoiatria pratica;**
c) il volume di premio: **HEITZMANN, Atlante di Anatomia.**

Con lire **28** se per l'Italia e con franchi **40** se per l'Estero, si avrà:

a) l'abbonamento alla Sez. Medica ed alla Sez. Pratica; oppure l'abbonamento alla Sez. Chirurgica ed alla Sez. Pratica;
b) il volume di Premio gratuito: **Manuale di Oto-Rino-Laringoiatria pratica;**
c) il volume di Premio: **HEITZMANN, Atlante di Anatomia.**

Con lire **23** se per l'Italia e con franchi **32** se per l'Estero, si avrà:

a) l'abbonamento alla Sezione Pratica;
b) il volume di Premio gratuito: **Manuale di Oto-Rino-Laringoiatria pratica;**
c) il volume di Premio: **HEITZMANN, Atlante di Anatomia.**

☞ *Coloro che desiderano approfittare di questa occasione, debbono inviare subito Cartolina Vaglia ESCLUSIVAMENTE al Professore ENRICO MORELLI, Via del Tritone 46, ROMA.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Nota pratica sul trattamento della cataratta senile.

È poco nota la delusione assoluta come esito immediato ad un intervento per cataratta ipermatura in persone di età avanzatissima.

Ne riferisco un caso.

Il signor A... di anni 90 di Rimini, presentava tutte le apparenze obbiettive e funzionali incoraggianti ad intervenire per cecità da cataratta bilaterale.

Unica controindicazione relativa era lo stato di ipermaturazione, che può ognora provocare la lussazione della lente nel vitreo, e che colla anamnesi attestava come l'opacamento del cristallino fosse completo da cinque anni.

Estrassi facilmente con gran lembo superiore ed iridectomia il nucleo; non vi fu alcun incidente operatorio o posteriore; ma a campo pupillare nero, nè immediatamente, nè dopo tre e cinque giorni dall'intervento, apparve un miglioramento della funzione.

In ottava giornata, allarmato dal fatto che il soggetto aveva soltanto la percezione abbagliante della luce, constatai con viva sorpresa che il vitreo era limpido, la papilla ed i vasi retinici pressochè normali.

Tolto poi ogni bendaggio, sotto la mia prima guida, il nipote dell'operato, farmacista di questa città, ed altri famigliari, si dettero ogni giorno ed ogni ora quasi, ad educare il vegliardo a fissare e contare le dita della propria mano, di quella poi degli altri, lentamente ma progressivamente distanziata; lo eccitavano a rialzare il capo, ad aprire gli occhi, chè per anni il suo atteggiamento costante era stato la testa reclinata, ad occhi socchiusi.

Dopo mesi di questa assidua ginnastica dell'organo, prescrissi una lente di + 10 diottrie ed a un anno dall'intervento ho constatato la visione di pressochè due decimi del normale, il campo visivo e la percezione dei colori conservati.

A giustificare tale decorso clinico si potrebbe invocare una emorragia a carico delle vie ottiche, ma amo più credere alla vittoria su una vecchia inerzia da non uso.

Questa nota vuole confortare i colleghi di fronte ad un simile apparente insuccesso.

Dott. MARIO CASTELBOLOGNESI.

Rimini (Forlì).

Le cause della miopia.

È opinione quasi generale che la miopia sia prodotta dal lavoro eseguito molto da vicino, e questa opinione è basata sulla constatazione che questo difetto della vista si manifesta più frequentemente negli scolari. Wilson (*British Medical Journal*, 1914 agosto) ritiene invece che la miopia nel maggior numero dei casi sia ereditaria. In uno studio fatto su 1500 casi egli potette dimostrare la ereditarietà nel 58 %; nel 12 % dei casi la miopia era in rapporto ad una cheratite; e nel 30 % si potette escludere in modo assoluto la influenza ereditaria. Nei casi nei quali la miopia è chiaramente ereditaria essa assume tutti i gradi dai più leggeri ai più accentuati. La miopia ereditaria molto accentuata si manifesta per lo più prima che l'individuo vada a scuola, quella più leggera tarda a manifestarsi, quasi che fossero necessari altri fattori, lavoro da vicino o altre circostanze, per mettere in evidenza la tendenza ereditaria alla miopia.

Quando questi fattori mancano, la tendenza può rimanere allo stato latente, saltare una generazione, o dare anche manifestazioni parziali ed incostanti nei vari individui della stessa famiglia.

Quando ambo i genitori sono miopi il difetto visivo è molto accentuato e frequente nella prole, e può mancare quando uno solo dei genitori sia miope. Tra gli scolari la miopia non ha la medesima frequenza nei due sessi, e tale disuguaglianza aumenta all'età della pubertà ed anche dopo nei suoi casi l'A. ha avuto la proporzione di due donne per ogni uomo miope. Le singole occupazioni non hanno una varia percentuale dei miopi, al riguardo l'A. non ha potuto stabilire alcun rapporto per modo che egli ritiene che la miopia, quando non dipenda da malattie oculari, sia quasi esclusivamente una condizione organica innata.

Levinschn (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1914, n. 2) pur non contestando il fattore ereditario, afferma il rapporto tra miopia e scuola. Egli ritiene erronea la vecchia teoria per la quale da visione a breve distanza per la contrazione del muscolo ciliare e dei muscoli estrinseci dell'occhio, si ha un aumento della pressione interna, spostamento all'indietro del polo posteriore e quindi miopia. È più probabile che l'allungamento dell'asse antero-posteriore del globo oculare sia determinato dalla gravità.

Quando lo scolaro legge o scrive, inclina il dorso ed il capo fino al punto che l'asse dell'occhio abbandona la sua normale posizione orizzontale per assumere quella verticale. In queste condizioni il globo oculare è quasi come sospeso, sostenuto dal nervo ottico, il quale evidentemente esercita una trazione in alto sul suo punto d'inserzione, producendo così lo stafiloma posteriore.

Una tale interpretazione sarebbe confortata anche dalle esperienze eseguite sugli animali. I giovani gatti mantenuti col capo penzoloni, chiusi in un sacco, diventano generalmente miopi. Le scimmie costrette a tenere per qualche ora del giorno il capo in posizione tale che la fronte prenda una direzione orizzontale, diventano progressivamente miopi, come si può dimostrare all'esame della refrazione e del fondo dell'occhio.

D'altra parte bisogna anche notare che la miopia non è affatto frequente in quelle professioni che costringono, ed anche più di quel che si verifica negli scolari, ad una visione a breve distanza. Le ricamatrici, gli orologiai, i gioiellieri, che pur lavorando molto da vicino non mantengono durante il lavoro il capo in posizione abbastanza elevata, non dànno una percentuale di miopi pari a quella data dagli scolari.

DRAGOTTI.

Cause, patogenesi e cura dell'oftalmia simpatica.

Grandelément (*La Province Médicale*, 1914, n. 22) fondandosi sulla osservazione di alcuni casi ritiene che la vera oftalmia simpatica, cioè quella che conduce alla perdita dell'occhio simpatizzato, è prodotta sempre da una ferita del corpo ciliare dell'occhio simpatizzante, in modo che esso rimanga esposto per qualche tempo alla contaminazione dell'aria o delle lagrime. È molto probabile che l'affezione sia determinata da un microbo speciale, *il microbo simpatizzante*, che potrebbe svilupparsi e prolificare solo sul terreno del corpo e dei processi ciliari sia dell'occhio simpatizzante che di quello simpatico.

Questo microbo si comporterebbe come quello del tetano o meglio come quello della rabbia: come questi ha un periodo d'incubazione di 18-30 giorni, non è piogeno e si sviluppa sempre sullo stesso terreno diffondendosi attraverso un grande circuito organico intermediario. Come i detti virus infine agirebbe migrando esso stesso o facendo migrare i proprî prodotti tossici lungo i nervi ed il sistema nervoso centrale e non per la via dei vasi sanguigni o linfatici.

DR.

IGIENE.

Note d'Igiene scolastica.

Nel IV Congresso internazionale d'Igiene scolastica, tenutosi a Buffalo pochi mesi addietro, si discussero temi importantissimi, che accenneremo brevemente:

La *scuola all'aperto* contro la gracilità e la tubercolosi è diventata popolare per l'aria pura, il riposo, l'alimentazione. La forma di internato è indicata per i casi gravi e pei fanciulli già malati. Chicago e Boston ne diedero l'esempio, diffusosi poi in tutta la nazione.

L'abbondanza di *terreni da giuoco*, di *sale di ricreazione*, la possibilità di avere *i bagni* ed esercitare il nuoto, son tutte circostanze che debbono essere considerate come postulati di un principio economico e come uno dei principali doveri dei Comuni. Chicago è in ciò avanti a tutte le città inglesi.

Circa l'ampiezza delle *aule*, in Inghilterra si assegnano dieci piedi quadrati per scolaro, in America da 16 a 21 (mq. 1 = piedi quadrati 11.1); ora una piccola sala ha il vantaggio di economia dello spazio, del costo di costruzione, del riscaldamento, della illuminazione, vi è meno lavoro per la pulizia, meno sforzo per la voce e l'attenzione del maestro e per la vista e l'udito degli scolari; ma d'altra parte un ambiente più largo dà allo scolaro una sensazione di libertà mentale e fisica, cosa di grande importanza nel campo dell'educazione, permette di abbondare nello spazio per il banco, e diminuisce il pericolo d'infezione, per quanto questo non sia grande.

La *ventilazione* è il requisito più importante per la salute dei fanciulli; in Inghilterra, date le condizioni di clima e le dimensioni medie delle aule, sono necessari almeno da 1000 a 3000 piedi cubi d'aria (mc. 1 = piedi cubi 37), e perciò occorrono mezzi meccanici.

Una volta si sosteneva la ventilazione in base al concetto di espellere l'acido carbonico e i materiali tossici; ma Flügge e la sua scuola hanno sostenuto che il calore e l'umidità siano i principali fattori della necessità della ventilazione; ed esperienze fatte a Boston hanno confermato l'esattezza di questo concetto. Per cui lo scopo della ventilazione è quello di modificare la temperatura e prevenire un accumulo di calore che potrebbe produrre stanchezza, intossicazione, affanno; e perciò il problema della ventilazione è una questione di provvista d'aria pura e fredda nella scuola.

Quando vi sono larghe finestre, non si richiede pei bisogni della respirazione che una limitata rinnovazione dell'aria, non occorrono mezzi

speciali. Nei luoghi ove si sono usati impianti meccanici, per lo più si è avuta cattiva prova, perchè si è commesso spesso l'errore di portare insieme all'aria del calore, mentre la ventilazione dev'essere separata dal riscaldamento.

Nelle scuole con 10 piedi quadrati per testa la ventilazione naturale, qualunque essa sia, è insufficiente e si avrà anemia, debolezza, mal di capo. Facendo circolare aria fresca, lavandola, raffreddandola, agitandola, si potrà sempre riprodurre le condizioni dell'aria sana di campagna (sistema del *Plenum*). In America praticano appunto la circolazione e la ventilazione. Un grande istituto ginnastico ha lavato l'aria respirata, l'ha fatta circolare con un ventilatore, senza introdurre per un anno altra aria e la sala di ginnastica e gli altri locali si sono conservati, dicono, sempre freschi e sani. Questo sistema ha fatto economizzare il 60 per cento di carbone e il 40 di altre spese.

Per l'*illuminazione* si è discusso insieme colla Società degli ingegneri, conchiudendosi per un minimo di luce artificiale di due piedi-bugia come misura per un posto.

L'illuminazione naturale da destra e dal di dietro è stata ritenuta cattiva, e quest'ultima dannosa anche al maestro: si è combattuto il sole nella scuola, per le particolari ragioni di clima.

È stata sostenuta e dimostrata l'utilità di una *clinica psicologica;* si è affermato che l'apprendimento non è affatto proporzionale alla durata dello studio: e a tal proposito la nuova scuola all'aperto (*Waldschule*) di Charlottenburg per gli allievi delle scuole secondarie ha dimostrato che questi allievi progrediscono con 25 minuti di lezione come quelli delle scuole comuni con 40.

Per l'*igiene dentaria* si è ammessa l'utilità di facilitare al pubblico la cura.

Rispetto alle *malattie infettive,* è stato sostenuto da parecchi autori reputati che il pericolo di contagio sia di poca importanza, per cui la disinfezione è stata considerata inutile.

Grande cura si rivolge all'approvvigionamento di *acqua potabile.*

La *pulizia* per mezzo dell'aspirazione è il metodo all'ordine del giorno. I *pavimenti in legno oliato* sono diffusissimi.

Nelle sezioni per gli *anormali* si è discusso sulla diagnosi e sull'eugenia si è dedicata una seduta ai testi di Binet e Simon.

Un posto importante si è dato all'*educazione sessuale:* in Inghilterra si è ancora lontani dall'approvare i dettagli anatomici coi quali si tratta la questione in Germania; la scuola americana insegna la morale e si sforza di dimostrare coi fatti la necessità di agire onestamente.

(Dall'*Avvenire Sanitario,* 5 nov. 1914).

A. RANELLETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(605). *Sulla cura della corea.* — Ho in cura un giovanetto affetto da corea che curo con Fowler e antipirina.

Desidererei sapere se esiste una cura più moderna o almeno migliore. Qual'è la durata media della corea?

Dott. C. M. da L.

La durata media della *chorea minor* è di due o tre mesi; ma talora la malattia dura più a lungo (sei mesi e anche più).

Dal punto di vista terapeutico, occorre anzitutto provvedere alla tranquillità fisica e psichica del paziente; ciò che si ottiene con l'allontanamento dalla scuola e dagli amici, e — meglio ancora — con il riposo a letto prolungato per varî giorni. Ciò basta perchè molti malati dormano a lungo e profondamente; ma, qualora il sonno mancasse, si potrebbe somministrare al paziente qualche blando narcotico (adalina). D'ordinario sarà però sufficiente l'azione calmante esercitata dai preparati bromici (bromuro di potassio, bromuro di canfora, sabromina, ecc.). Solo nei casi gravi si ricorrerà a calmanti più energici, quali ad es. il cloralio. Tutti gli AA. consigliano la cura di arsenico. Molti si lodano degli effetti ottenuti col bagno caldo prolungato. Si eviti l'uso di caffè, vino, ecc.

Nella grande maggioranza dei casi queste norme terapeutiche sono sufficienti; si potrà quindi fare a meno di ricorrere ad altri medicamenti, consigliati volta a volta da varî AA. (ad es. il valerianato o l'ossido di zinco, la *cannabis indica,* l'analgene, l'esalgina, il chinino, la fisostigmina, la ioscina, la scopolamina, ecc.), sostanze queste, alcune delle quali forse del tutto prive di azione, altre non del tutto scevre di pericoli. Non è escluso che la cura elettrica (corrente galvanica, bagno statico) possa giovare; ma nel maggior numero dei casi non sarà necessario ricorrervi.

Prof. V. FORLÌ.

(606) *Cura di fistola toracica.* — Tengo in cura una signorina colpita tre anni or sono da pleurite e curata in una clinica con ben 52 pneumotoraci. Tornata a casa le sopravvenne un piopneumotorace ed in altra clinica fu operata di costotomia.

Ora dalla ferita di drenaggio fuoriesce sempre pus ad onta delle lavature quotidiane di permanganato potassico, hermitine, ecc.

Abbia la cortesia dirmi quale metodo di cura e relativo disinfettante dovrò usare per arrestare il pus e condurre a guarigione l'inferma.

Abbonato N. 7167.

Rispondiamo in tesi generale.

Le fistole toraciche consecutive ad empiema e che durano da tanto tempo, come nella signorina da Lei curata, difficilmente guariscono colla semplice cura medica, qualunque sostanza disinfettante e antisettica si usi per le lavande endopleuriche. Ciò dipende dal fatto che si sono formati degli ispessimenti (talvolta anche trasformazioni in cartilagine o in osso) della pleura che impediscono la libera espansione del polmone ed il colmarsi della cavità.

È neccesario quindi intervenire di nuovo chirurgicamente, sia con una più ampia resezione di costole, sia colla decorticazione del polmone.

L. D.

(607) *Tecnica e interpretazione della diazoreazione.* — Pregherei la gentilezza del « Policlinico » a voler riprodurre sulla « Posta degli abbonati » le formule della diazo-reazione di Ehrlich e la tecnica dettagliata per la diagnosi di tifo. Imperocchè nei casi non dubbî che ho in cura, le formule che posseggo mi darebbero responso negativo.

Ringraziando.

Abbonato n. 7457.

Per eseguire la prova sono necessarie:

Soluz. *A*:

Nitrito di sodio	gr.	0.50
Acqua distillata	»	100

Soluz. *B*:

Acido solfanilico	gr.	5
Acido cloridrico	cmc.	50
Acqua distillata	»	1000

Un cmc. della soluzione *A* aggiunto a 50 cmc. della soluzione *B*, costituisce il reattivo, che deve essere preparato ogni volta, fresco.

Si mescolano a parti eguali urina e reattivo e si versa in eccesso e ad un tratto (non a gocce) ammoniaca. Se la miscela si colora rapidamente in rosso, e la schiuma (carattere essenziale) diviene anche essa rossa, la reazione è positiva.

Praticamente si può mescolare a 3 cmc. di urina una eguale misura di soluzione *B* ed aggiungere una goccia di soluzione *A*, e saturare d'ammoniaca.

Il valore clinico della reazione è tutt'altro che specifico, anche a confessione dello stesso Ehrlich. Si preferiscono ad essa reazioni più sicure, quali l'agglutinazione, che anche in paese si può eseguire (macroscopicamente) con un buon tifodiagnostico (culture di tifo uccise e sospese in soluzione fisiologica).

t. p.

(608) *L'olio di paraffina nella stitichezza.* — Ho letto su una rivista medica a proposito della cura della stitichezza cronica, vantare l'efficacia dell'olio di paraffina preso per bocca.

Desiderei conoscere il di Lei giudizio sulla Sezione pratica del « Policlinico » (Posta degli abbonati). In attesa, ringrazio.

Salsomaggiore (Parma).

Abbonato N. 1508.

L'olio di paraffina o vasellina è molto usato oggi nei paesi anglo-sassoni per la cura della stitichezza abituale. Di recente è stato introdotto anche in Francia, per opera precipuamente di Manquat.

Importerebbe usare un olio depurato, insapore, privo di componenti solforati irritanti. Secondo Manquat, la dose ne è di due cucchiai da tavola al giorno da assumere preferibilmente al mattino, a digiuno, un'ora prima di colazione. Quando si è ottenuto il risultato di una evacuazione alvina quotidiana, si possono distanziare sempre più le somministrazioni, fino a smetterle.

L'olio comunemente in uso nelle farmacie lascia alquanto a desiderare: s'incontrano difficoltà a farlo accettare e dà rigurgiti sgradevoli. Manquat prescrive anche questo prodotto, a metà dosi; ma è da preferire l'olio purissimo (se ne trova sotto i nomi di interol, rusol, peroleina, vasellina liquida bianca, ecc.). Anche i migliori prodotti però non sono sempre bene accetti e possono determinare alcuni disturbi, specialmente nelle forme paretiche di stitichezza, che sembrano prevalere tra noi vegetariani, mentre le forme spasistiche dominerebbero tra gli anglo-sassoni, forti mangiatori di carne.

Il Codice Farmaceutico Britannico suggerisce di emulsionare la paraffina liquida affine di renderla più accetta:

Rp. Paraffina liquida	parti	30.00
Gomma arabica in polvere	»	15.00
Gomma dragante in polvere	»	1.30
Olio essenziale di cannella	»	0.20
Elisir di saccarina (contiene la saccarina ad un ventesimo)	»	0.30
Acqua distillata q. b. ad	»	100.00

Triturare la gomma aggregandovi la paraffina liquida e l'olio di cannella, aggiungervi 15 parti d'acqua e la saccarina, diluire fino al volume di 100. La dose sarebbe di 4 a 15 cmc.

VERNEY

(609) Vi sarei grato, se nella rubrica « Posta degli abbonati », voleste esaurientemente spiegarmi cosa si intenda per *stato toracico di Freund-Hart.*

Ringraziandovi anticipatamente vi saluto distintamente. Dev.mo: Abbonato N. 4357.

Lo stato toracico di Freund consiste in una calcificazione delle cartilagini costali che questo A. ritiene come causa predisponente dell'enfisema polmonare, tanto che egli ha consigliato in tale stato morboso la resezione delle cartilagini. L'Hart ha studiato il torace nei tubercolosi come hanno fatto altri AA., e crede che una speciale ristrettezza dei suoi diametri trasversi, specie in alto, predisponga alla tubercolosi.

A. D.

(610) Le sarei veramente grato se mi potesse indicare sulla « Posta degli abbonati » se esistono lavori o monografie sulla etiologia ed istologia del calazion.

Lodi. Abbonato 5967.

Rispondiamo in linea d'eccezione.

Sulla istologia del calazio deve confrontare i due lavori fondamentali, l'uno del Fuchs, « Ueber das Chalazion und einige seltenere Lidgeschwülste,» 2, pag. 131-168; l'altro del De-Vincentiis, « Della struttura e genesi del calazion con osservazioni sulla origine epiteliale delle cellule giganti (con due tavole) ». Lavori di Oftalmologia, volume I, pag. 41, 1913.

Sulla etiologia troverà ampie notizie in questi altri lavori:

A. Del Monte, « Su di talune singolari formazioni simili a protozoi frequentemente rinvenute nei giovani calazii », Archivio di oftalmologia, anno XXI, n. 2, 1913; Michel und Watzold, « Ueber das Wesen des Chalazions », Ber. ü. d. 37: Vers. d. ophth. Gesellsch., pag. 157; Rechanczin, « Zur Aetiologie des Chalazions », Westn. Opht., pag. 314 (è in russo e può avere la memoria chiedendola alla Biblioteca della R. Clinica oculistica di Roma); Wätzold, « Das Chalazion », Deutsche mediz. Wochenschr., pag. 1644; Bietti, « Sul valore patogeno del bacillo del calazio di Deyl », Archivio di Oftalmol., anno XII, vol. XII, fasc. 11-12.

Prof. Sp.

(611). Dott. B. C., Milano. — Per quanto ci consta, non esistono altri trattati di diagnostica e semeiotica ginecologica in lingua italiana o francese oltre quelli dell'Auvard, del Traisse e del Winter. Ella potrebbe del resto, se già non vi ha ricorso, trovare sufficiente trattazione della materia nelle opere generali di ginecologia, di cui altre tradotte (Küstber, Pozzi, Babadie, Lagrave e Legueu, ecc.).

U. R.

(612). Abbonato 6920, Alzo. — Preferiamo di non dare pareri su specialità terapeutiche.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Dott. O. Bernhard. *L'Elioterapia in alta montagna, con speciale riguardo al trattamento della tubercolosi chirurgica.* Traduzione e prefazione con note del dott. Riccardo Curti. 49 tav. illustrative fuori testo, pag. XI-125. L. 3.50. Ulrico Hoepli, editore, Milano.

Dott. G. B. Roatta. *L'Elioterapia nella pratica medica e nell'educazione,* con prefazione del dott. Rollier. 77 tav. di cui tre colorate, pag. XV-155, L. 4. Ulrico Hoepli, editore Milano.

Questi due volumi riescono certamente bene a rendere lo stato attuale dell'importante e valida risorsa di cui si è arricchita la terapia fisica. Ne precisano le indicazioni e ne definiscono la tecnica, permettendo al medico pratico di superare tutte le difficoltà che possono presentarglisi e di trarre il massimo vantaggio dalla cura sovratutto nelle varie forme di tubercolosi e particolarmente in quella osteo-articolare, che ne risente i maggiori benefizi.

Il Bernardt è un promotore in questo campo; il Roatta è un discepolo di Bernardt e di Rollier, e come medico-capo delle cliniche del Rollier a Leysin ha saputo raccogliere larga messe di osservazioni e sicura esperienza.

I due volumi sono copiosamente illustrati.

y.

A. Aines. *La pratique de l'héliothérapie.* 2ª ed., A. Maloine, éditeur, Paris, 1914. L. 4.

La luce solare sarà sempre l'unica ed indispensabile sorgente d'energia per la cellula vivente. Così il detto di Finsen; così confermano i risultati dell'elioterapia, ritornata in onore e largamente applicata appena da qualche diecina di anni. Il recente Congresso di Cannes ha dimostrato l'importanza di questo metodo di cura, in onore in epoche molto lontane, ma poi caduto in disuso fino al secolo XIX.

L'A. ci dà un eccellente trattato pratico di elioterapia, nel quale, lontano da ogni discussione teorica, e dopo un riassunto della storia di questo metodo di cura, tratta dell'azione fisiologica e terapeutica della luce solare in genere, e poi passa in rassegna le indicazioni dell'elioterapia e la tecnica da seguire nelle singole applicazioni del metodo nei vari campi della patologia umana.

La maggior parte dei capitoli sono originali, dovuti alla grande esperienza dell'A. in questo interessante capitolo della terapia.

p. s.

S. G. LIPLIAWSKY e H. LUNGWITZ. *Il radio e le sue applicazioni terapeutiche*. 1 vol. in-8° di pag. 292, con incis. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1914. L. 9.

Questo volume non si dirige soltanto agli specialisti, ma interessa tutti i pratici, in quanto che rileva i risultati notevoli ai quali conduce l'applicazione delle sostanze radioattive e fornisce dettagli utilissimi sulle indicazioni, le quali assumono la massima importanza per garantire la bontà dei risultati.

Espone dapprima la chimica, la fisica e le modalità d'applicazione di queste preziose sostanze, insistendo sulla tecnica delle misure; poi ne esamina l'azione biologica; infine descrive le applicazioni terapeutiche alle affezioni reumatiche, alla gotta, alla leucemia, ai tumori maligni, ecc. nonchè nei campi speciali della ginecologia, dell'oftalmoiatria, ecc.

Data l'importanza di queste applicazioni il lavoro otterrà larga approvazione.

y.

Dott. IGNAZIO SCHINCAGLIA. *I fondamenti della Röntgen-tecnica*. — Milano, editore U. Hoepli, 1915. Prezzo L. 5.50.

Il prof. Ignazio Schincaglia ha dato alle stampe un piccolo volume di 263 pagine, che è una vera preziosa guida per il medico che voglia iniziarsi allo studio del metodo radiologico. Essa lo addentra per una via piana e scevra da prolissità teoriche nella conoscenza delle leggi fisiche e tecniche fondamentali, indispensabili, secondo l'autorità di Albers Schönberg, per l'esercizio razionale dei raggi Röntgen a scopo diagnostico.

Lo studioso può farsi in breve una coltura completa sugli strumenti Röntgen, sui tubi, sulla tecnica radiologica, e da ultimo vi trova una esposizione pratica di 46 nitide tavole radiografiche coi dettagli di tecnica coi quali furono eseguite.

Il trattato dell'illustre fisico compendiato secondo i dettami di un padre insigne della radiologia si impone sulle altre opere del genere al medico che vuole dedicarsi allo studio della Röntgenologia.

P. M.

J. KOWARSCHIK. *Die Diathermie*. 2ª ediz., 1 vol. in-8° di pag. 178. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1914. Prezzo M. 5.60; rileg. M. 6.40.

Le applicazioni terapeutiche della diatermia vanno sempre più estendendosi. La tecnica ne diviene più perfetta; le indicazioni più definite e sicure; i risultati più tangibili.

I progressi compiuti vengono rispecchiati dalla nuova edizione del Kowarschik, la quale segna un sensibile progresso sulla precedente, comparsa l'anno scorso. D'altra parte il lavoro è divenuto più pratico, fornisce descrizioni più dettagliate, notizie più ampie, è più ricco d'incisioni, è più nitido nell'esposizione. *y*.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BRUCHI JADER. — Contributo al trattamento chirurgico delle ferite del cuore. — Napoli, 1914.

PISENTI GUSTAVO. — In tema di impotenza (Perizia medico-legale). — Arezzo, 1913.

COSTANTINI PIO RENATO. — Ernia recidiva e sua importanza medico-legale. — Napoli, 1914.

VARIA.

Un caso di telepatia. — Il giovane dott. Canale-Parola, medico condotto di Pescina (presso Avezzano), da poco tempo aveva lasciato colà la moglie con un bimbo di cinque anni e un altro di nove mesi, perchè richiamato in servizio militare ad Aquila, come tenente medico.

La sera del 12 corrente s'era trattenuto al caffè ricordando con un amico il terremoto orrendo di Reggio Calabria; poi andò a letto ma dormì male. Verso l'alba gli apparve in sogno Pescina sfasciata dal terremoto e la sua famigliuola distrutta, tranne un bambino: il primo. Il dottore si svegliò sotto la sensazione fisica del crollo e degli urli della moglie e dei bimbi e del vuoto nel quale tutti erano stati lanciati. Attribuendo il sogno alla conversazione della sera prima, lo narrò anche all'attendente; ma dopo due minuti la scossa di terremoto lo sorprese e lo fece tremare.

Impressionatissimo telegrafò a casa chiedendo notizie; poi, non giungendo risposta, partì per Pescina. Il suo sogno spaventoso si era verificato. Aiutato da pochi uomini cominciò subito l'opera di scavo e rinvenne in breve i cadaveri della moglie e del figlioletto di pochi mesi. Dopo qualche ora venne alla luce il primo figlio di 5 anni, mentre il padre non era presente. Appena salvato, il bambino gridò, battendo le mani: « A momenti arriva mio padre: ha telegrafato questa mattina ».

Ora, se si tiene presente che il padre aveva telegrafato quando il figlio era già sotto le macerie e che il telegramma non era mai arrivato, questo secondo fenomeno non è meno impressionante del primo. Così narrò lo stesso dottor Parola-Canale al corrispondente del *Corriere d'Italia* e la narrazione è riportata sul *Corriere della Sera* (24 gennaio).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sempre l'opera dei medici nel terremoto della Marsica.

Un giornale cittadino parlando dell'opera prestata dai medici dei comuni della Marsica dopo il disastro che devastò i loro paesi, ne elogia lo spirito di abnegazione, la resistenza indomabile. « Mirabili tempre, scrive, queste dei medici condotti dei paesi della Marsica! Non ve n'è uno che, uscendo superstite dallo sfacelo generale delle cose e delle persone, non si sia prodigato infaticabilmente sino alla estenuazione, per i morenti ed i rimasti in vita, soffocando nella vertigine del travaglio incessante e vorticoso, lo spasimo delle perdite subìte ».

Proprio così! Non uno dei medici dei comuni abbattuti ha abbandonato il suo posto di combattimento, e quelli che erano occasionalmente lontani sono accorsi impavidi, e tutti tutti hanno prodigato il loro coraggio ai superstiti, tutti hanno consumata la fibra già stanca per i proprî dolori, per lo spettacolo di devastazione e di morte.

E tutti per parecchi giorni hanno consumato il loro eroismo senz'altro testimone che la propria coscienza.

Spesso essi nella mancanza assoluta di ogni mezzo di cura non poterono fare altro che distribuir coraggio ed in tale opera sono stati sublimi, essi che pure avevano bisogno di conforto e di assistenza.

Abbiamo avuto occasione di capitare in alcuni comuni della Marsica non molte ore dopo il disastro, ed abbiamo con i nostri occhi constatato l'opera di questi oscuri eroi delle condotte, ed abbiamo ascoltato il coro di benedizioni che i superstiti invocavano per il loro medico.

Nel numero scorso abbiamo accennato ad alcuni dei fatti più impressionanti, ora, per quello che la memoria ci aiuta, per quel che abbiamo potuto sapere direttamente o indirettamente diremo di quei nostri colleghi che più si segnalarono nell'opera pietosa.

Dicemmo già del dott. De Sanctis di San Benedetto dei Marsi, che pur avendo perduto un figlio, tutto fece per trovar dei mezzi per curare i numerosi e gravi feriti, e s'ingegnò in mille modi a trasformare ogni cosa in bende, in apparecchi di medicazione fino a quando non giunsero i primi soccorritori, gl'ispettori delle Ferrovie: dottori Tesei e Cogliati Dezza ed il sottotenente Morelli.

Il dott. Sabbatini di Cerchio, scampato miracolosamente al disastro, perchè lontano, accorse immediatamente, e, benchè sessantenne, è restato per 48 ore a prodigare sè stesso nelle azioni di soccorso e di cura nel proprio paese ed in quelli vicini.

Il medico-sindaco di Lecce dei Marsi, di cui ci duole non ricordare il nome, è rimasto per 48 ore solo nel suo paese, isolato dal mondo, e non ha lasciato il suo posto, suggerendo agli altri la fiducia nei prossimi soccorsi, quella fiducia che egli non aveva, è rimasto così fin che non son giunti l'on. dott. Maffi e gli ispettori delle Ferrovie: dottori Porzio-Vernini e Faga.

I dottori Vincenzi di Prezza e de Sanctis di Goriano, dopo aver prestata la loro opera nei proprî paesi, sono accorsi là dove più grave era il disastro, più urgeva la loro opera, a Pescina, dove i medici locali feriti non erano più in grado di lavorare.

A Magliano dei Marsi i dottori De Mena e Baydi, a Celano i dottori Carlucci, Scattarelli, Calleni, a Sora il dottor Roccatani, a Balsorano il dottor Ruggeri, a Cappelle il dottor di Pietro, a Scurcola il dottor Di Giacomo, a Rosciolo il dottor di Cola, il dottor Mascio a Tagliacozzo, tutti, tutti furono intrepidi, tutti, soffocando lo spasimo dei loro dolori, si dedicarono all'opera di salvataggio e di cura con un coraggio, con uno slancio davvero ammirevole.

Qualcuno nell'attendere al lavoro sublime riportò anche delle lesioni; il dottor Persia di Civitella Roveto cadde riportando la frattura del radio destro.

Eppure tutti costoro col terremoto hanno perduto tutto. Ed essi che più degli altri avrebbero dovuto essere tenuti presenti nella distribuzione degli aiuti, essi sono stati trascurati, sono stati dimenticati. Già la voce del dolore, il grido di protesta è giunto fino a noi.

I medici di Celano ci hanno scritto: « Nell'immane disastro che ha rovinato il nostro paese, tutti gli impiegati, chi più, chi meno sono stati soccorsi dal Governo: di noi, che oltre i danni, abbiamo dovuto e stiamo sostenendo il peso straordinario dell'assistenza di circa mille feriti, pur non avendo una tenda per dar ricovero a noi ed alle nostre famiglie, nessuno si ricorda! Sempre eguale la sorte dei poveri medici condotti ».

Certo a favore di questi medici bisogna provvedere e subito: in parecchi dei comuni distrutti il Municipio ha cessato di esistere. Spetta quindi al Governo provvedere alla sorte di coloro che più di tutti sono benemeriti e degni di considerazione.

Noi confidiamo che il direttore generale della Sanità pubblica, comm. Lutrario, che anche in

questa occasione ha dato prova del suo sapiente spirito di organizzazione provvedendo alla sistemazione dei servizi sanitari nella zona devastata, vorrà provvedere perchè gli eroici medici della Marsica non siano trascurati, non siano abbandonati.

Essi, più che di ricompense morali, di onorificenze e simili, in questo momento hanno bisogno di aiuti materiali ed in tal senso bisogna provvedere.

È bene, però, d'altra parte, che i colleghi tutti dimostrino in forma tangibile la loro solidarietà, la loro riconoscenza ai medici della Marsica per aver tenuto alto il prestigio della classe.

Sappiamo che l'on. dott. Brunelli per l'Associazione nazionale dei medici condotti ed il professor Silvagni per la Federazione degli Ordini dei medici stanno prendendo accordi per raccogliere il soccorso dei medici italiani a favore delle famiglie dei colleghi scampati e per quelli superstiti bisognosi di aiuto.

Siamo sicuri che la nostra classe saprà convenientemente esprimere la sua simpatia per i nobili medici della povera Marsica.

DR.

Per i medici danneggiati dal terremoto.

La *Federazione degli Ordini dei medici* e la *Associazione nazionale dei medici condotti* hanno diramato la seguente circolare agli Ordini dei medici, alle Sezioni dei medici condotti, a tutti i medici d'Italia.

Il terremoto ha ucciso e ferito parecchi dei nostri colleghi nelle terre desolate; mentre i superstiti, benchè straziati nelle loro famiglie, hanno continuato a soccorrere i più infelici di loro. La statistica dei lutti e dei dolori non è ancora compiuta. Intanto, però, a provvedere ai medici sventurati e alle loro famiglie giunga sollecito e largo l'aiuto di tutti i medici d'Italia.

Non occorre fare a voi inviti o raccomandazioni di sorta. Occorre solo far presto.

Vi proponiamo di inviarci qui le vostre offerte generose, che noi, insieme ai nostri Consigli direttivi, distribuiremo.

Vi preghiamo di far pubblicare nei giornali politici e medici codesto nostro appello.

Bologna, 23 gennaio 1915 (Archiginnasio).

UMBERTO BRUNELLI
Presidente dell'A. N. M. C.
LUIGI SILVAGNI
Presidente della F. O. M.

L'igiene e l'assistenza sanitaria nei paesi del terremoto.

Il periodo dei soccorsi sanitari di urgenza ai superstiti del terremoto è superato.

Resta ora a provvedere alla prevenzione delle malattie infettive e comuni. Lo stato morale delle popolazioni, l'inclemenza della stagione, lo agglomeramento in anguste baracche, nei carri ferroviari sono fattori della massima importanza per l'attecchimento ed il diffondersi delle infezioni.

L'amministrazione delle Ferrovie ha provveduto perchè l'igiene sia rigorosamente rispettata nei vagoni adibiti ad uso di alloggio ed ha dato disposizioni perchè i vagoni, i piazzali delle stazioni, le latrine siano quotidianamente puliti, disinfettati da personale adatto. Per evitare che si defecasse nei vagoni o negli interbinari essa ha provveduto alla distribuzione gratuita di vasi.

Dal canto suo il direttore generale della sanità pubblica, il comm. Lutrario, ha già concretato un piano d'azione organico, che è già in via di attuazione in locali adiacenti alla stazione di Tagliacozzo.

Si è istituito ed è in corso di sviluppo un magazzino centrale di materiale sanitario e un magazzino sussidiario è stato istituito in Avezzano per le cose più urgenti, con annesso deposito di calce. Si è costituito un ufficio centrale di sanità con annessa sezione chimica e batteriologica per l'esame sopratutto delle acque delle condutture in via di riattivazione. Per lo svolgimento del servizio sanitario si è stabilito che giornalmente, sotto la presidenza del commissario regio, fra i capi del servizio sanitario del Ministero dell'interno, della guerra e della Croce Rossa, abbia luogo una conferenza per gli accordi sulla divisione del lavoro e e pel coordinamento dell'opera comune. Tutto il distretto è stato diviso in zone sanitarie alla cui vigilanza sarà preposto un funzionario medico con l'obbligo di perlustrare i centri abitati giornalmente e di segnalare i bisogni. Un servizio di *camions* provvederà al trasporto dei materiali dove necessita.

A proposito dei medici militari.

Caro Policlinico,

Permetti anche a me poche parole di risposta a quanto dice nel fasciolo 3° un tenente medico di carriera. Premetto ch'egli si lagna a torto. Il collega si scaglia contro i medici borghesi su cui fa principalmente ricadere la colpa se il corpo sanitario militare sta attraversando un periodo di crisi. Se voi — egli dice — non vi prestate a sostituire l'opera nostra per il solo compenso, se voi vi mostraste più solidali e meno compiacenti a fare i crumiri, noi, di certo, avremmo ottenuto dal Governo quei miglioramenti di cui tanto abbiamo bisogno. Ma via, non esageriamo e siamo un pochino più sinceri!

Confessate, o egregi colleghi subalterni, che la colpa, in gran parte, è vostra. Di fatto, se la carriera, come voi asserite, non dà alcuna soddisfazione, se molti sono i disagi morali e le umiliazioni, se lo stipendio è di fame, perchè vi siete prestati a rimanere effettivi? Non vi sembra logica la mia domanda? Confessate che molte illusioni avete accarezzato e che facilmente vi lasciate allettare. Che se, invece, voi vi foste astenuti con sistema dall'intraprendere la carriera, se, in altri termini, voi aveste esercitato il boicottaggio a danno del Governo, questi, vedendosi mancare sempre più il personale strettamente necessario, stabilito dall'organico, certamente avrebbe adottato immediati provvedimenti, adatti a migliorare il corpo sanitario militare il che, senza dubbio, costituisce l'interesse più vitale per l'esercito. Così avviene che le lacune che esistono possono essere facilmente colmate dal Governo, invitando a prestar servizio medici borghesi, e questo perchè ogni anno non pochi colleghi si prestano a rimanere effettivi. Quindi, se limitata è la colpa dei medici borghesi, inscusabile è la vostra, o colleghi subalterni, che vi prestate a rimpiazzare i vuoti sempre crescenti tra le fila dei medici militari. Senza dire che quando sarete promossi capitani — come presto vi auguro — voi facilmente dimenticherete le sofferenze patite ed assumerete un atteggiamento non sempre benevolo verso i poveri subalterni, effettivi o richiamati, per i quali adesso così bene alzate la voce.

Concludendo, quando i colleghi si decideranno a fare un boicottaggio sistematico ai posti di medici militari effettivi, solo allora il Governo, messo alle strette, dovrà concedere i tanto attesi miglioramenti.

Perdoni, il collega tenente medico, le mie franche parole, che hanno il solo scopo di mettere la questione nei suoi veri termini.

Un ufficiale medico di complemento.

I medici militari morti sul campo.

Dal *Paris médical* del 2 gennaio si rileva che, senza tener conto dei feriti e dei dispersi, ben *cinquanta* medici militari dell'esercito francese, sono stati uccisi sul campo di battaglia. Venticinque di questi prestavano servizio presso i Corpi di truppa delle varie armi, gli altri erano addetti alle *ambulanze* o ad altri servizii.

Valga questa gloriosa, per quanto luttuosa statistica ad ammonire tutti coloro che per ignoranza, o per altre meno confessabili ragioni, continuano a reputare come *non combattente* il Corpo sanitario militare, confondendolo con i Corpi amministrativi (contabili, commissari, sussistenze, ecc.) non solo per ciò che concerne i sistemi di avanzamento, l'applicazione dei limiti d'età e le quote degli stipendii, ma perfino nella liquidazione delle pensioni!

M.

I medici di Roma per Luigi Pastro.

L'Ordine dei medici della Provincia di Roma ha inviato all'Ordine di Venezia, in occasione della morte del senatore Pastro, il seguente telegramma:

« Professor Cappelletti - *Presidente Ordine Medici* - Venezia.
Con Luigi Pastro scompare una nobile figura di medico, di patriota, di filantropo. A Lui guardava la classe sanitaria italiana come ad esempio luminoso di ogni più eletta virtù. I medici di Roma si associano sinceramente al cordoglio della sua terra natale.
Voglia rappresentare questo Ordine ai funerali. - Ballerini, *presidente* ».

Cronaca del movimento professionale.

La Federazione degli Ordini dei medici. — Il giorno 21 dicembre 1914 si è riunito a Bologna, convocato dal presidente, prof. Silvagni, il Consiglio della Federazione degli Ordini dei medici.

Il Consiglio dopo lunga discussione, alla quale hanno preso parte tutti gli intervenuti, ha votato alla unanimità il seguente ordine del giorno proposto dal presidente prof. Silvagni:

« Il Consiglio Federale eletto dal III Congresso, nella sua prima adunanza, dopo provveduto al funzionamento del Consiglio stesso, presi in esame sommario tutti i voti e i desideri espressi del Congresso, invia un cordiale saluto a tutti gli Ordini federati e volge loro un vivo incitamento, perchè inizino un'azione di efficace propaganda in favore dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, della estensione dell'assicurazione contro gli infortuni alle classi agricole, e agiscano fortemente per ottenere con tutti i mezzi il miglioramento igienico delle popolazioni urbane e rurali.

« Il Consiglio Federale preoccupato della necessità imminente di ottenere dal potere legislativo la modificazione alla legge sugli Ordini, perchè rendano questi veramente efficaci nelle loro azioni, darà opera energica a questo scopo, deliberando sin d'ora di tenere la prossima riunine del Consiglio Federale a Roma. Nel medesimo tempo studierà il modo migliore per domandare la revisione delle tariffe per perizie penali, e confida che l'azione degli Ordini cooperi efficacemente a questo programma del Consiglio Federale, che spera, una volta raggiunti questi scopi, di poter dedicare la sua attività a tutti i numerosi e legittimi desiderii della nostra classe ».

Lo sciopero di assistenti ospedalieri a Napoli. — Ci si comunica:

Preghiamo di voler pubblicare la seguente lettera da noi inviata all'Ordine dei sanitari.

Ill.mo Sig. Presidente dell'O. dei S. di Napoli.

Rendiamo noto, a suo mezzo, al Consiglio dell'Ordine quanto segue:

Scadendo, secondo il bando di concorso, al 31 dicembre 1914, il nostro servizio di assistentato negli Ospedali Riuniti, il Direttore generale sanitario, poichè l'Amministrazione non aveva ancora iniziato i nuovi concorsi, banditi sin dal settembre 1914, ci invitava con una circolare in data 23 dicembre 1914 a rimanere in servizio come assistenti volontari fino alla nomina dei titolari « senza che questo servizio potesse conferirci diritto alcuno ». A questa circolare, noi rispondemmo dichiarando che saremmo rimasti in servizio alle seguenti condizioni: 1° di rimanere per tutto il primo semestre del 1915; 2° di fare il servizio di guardia fino alla nomina dei nuovi assistenti; 3° di avere per questo servizio un gettone di guardia; 4° di avere alla fine del semestre un certificato speciale per il servizio prestato.

L'On. Presidenza in data 29 dicembre 1914 ci fece tenere una risposta scritta nella quale accettava solo le tre ultime condizioni. Avendo noi fatto sapere che le nostre richieste erano categoriche la Presidenza decise di sentir il parere del Consiglio di Amministrazione e di accordo fu fissato un termine di nove giorni, nel quale l'Amministrazione ci avrebbe fatto sapere la sua decisione. Trascorso questo periodo di tempo, nel quale noi espletammo esattamente il nostro servizio, la Presidenza, che non s'era preoccupata di riunire il Consiglio, chiese altre 24 ore di tempo, che furono da noi cortesemente accordate. La mattina del 10 gennaio il Segretario ci comunicava che il Consiglio aveva deciso di tenerci in servizio per due mesi soltanto. Noi ritenendo questa decisione incompatibile con la nostra dignità, poichè saremmo stati legati al servizio dell'Amministrazione per il solo tempo necessario all'espletamento dei concorsi, abbiamo senz'altro rotta ogni trattativa. L'Amministrazione, dopo aver cercato inutilmente di richiamare in servizio parte del personale sanitario a noi precedente, il quale dignitosamente si è rifiutato, ha chiamato in servizio quali assistenti medici e chirurgi i candidati ai nuovi concorsi, che precipitosamente si sono iniziati in questi giorni.

Noi deplorando vivamente tutto l'accaduto, sentiamo il dovere di protestare energicamente presso V. S. e il Consiglio dell'Ordine contro la Amministrazione degli Ospedali Riuniti, che ancora una volta, con la sua inesplicabile condotta a nostro riguardo, ha dato prova della già nota indifferenza per gl'interessi dell'Istituzione.

Riservandoci di portare la questione nella prossima assemblea, preghiamo V. S. di voler pubblicare la presente nel Bollettino dell'Ordine.

Con osservanza

Gli ex Assistenti Medici e Chirurgi degli Ospedali Riuniti.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4973) *Cambiamento nella circoscrizione della condotta.* — Il Dott. G. C. da C. desidera conoscere se si possa variare la circoscrizione delle attuali due condotte senza, però, violare eventuali diritto dei titolari delle medesime. I due medici, a norma del capitolato hanno il diritto di risiedere nel capoluogo ed ivi debbono rimanere anche a seguito delle modifiche che intende introdurre il Consiglio comunale. Contro tale deliberazione si può ricorrere alla G. P. A. ai sensi dello articolo 22 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466.

(4976) *Concorsi a posti di medico condotto.* — Il Dott. E. F. da P. desidera conoscere se sia legale che un Comune bandisca un concorso per medico supplente, con dichiarazione che il supplente sostituirà il titolare in qualsiasi delle condotte che si rendesse vacante.

Crediamo che ciò si possa fare perchè non si elude la legge, che vuole il concorso per la nomina di qualsiasi medico condotto. In seguito si tratterà di semplice promozione. Se pur manca l'indicazione della condotta specifica e dello stipendio entrambe le circostanze si possono facilmente accertare dai concorrenti, prima di esporsi alla prova. Del resto se è un trattamento benevolo, esso è fatto a tutti e non ad un solo dei concorrenti.

(4979) *Servizio necroscopico.* — I Dottori A. P. e P. R. da G. desiderano conoscere se stando ai termini dello articolo 15 del loro capitolato sieno obbligati ad eseguire il servizio necroscopico.

Riteniamo che stando al succitato articolo del capitolato essi non possono rifiutarsi di eseguire il servizio necroscopico nell'ambito della circoscrizione della rispettiva condotta. In detto articolo è chiaramente detto che i condottati sono tenuti a compiere tale servizio quando ad esso non fosse provveduto con personale apposito. Ed ora, effettivamente, manca il necroscopo in codesto Comune a seguito delle dimissioni date dal collega in sulla fine dello scorso anno. È vero che l'articolo 42 del capitolato stesso stabilisce il principio che ad oneri nuovi derivanti da nuove leggi, debba seguire aumento proporzionale dello stipendio, ma è evidente che tale disposizione si riferisce

a quegli eventuali nuovi oneri che da successive leggi fossero imposti, e non a quelli che già erano, per leggi in vigore, a carico dei condottati e che si trovano previsti nello stesso capitolato, che era a perfetta conoscenza degli interessati.

(4981) *Congedo.* — Il Dott. abbonato 4360 già 7870 desidera conoscere se un medico condotto che rifiuta o non usufruisce del mese di congedo annuale possa pretendere dal Comune l'assegno stabilito in bilancio pel medico supplente, senza che questa condizione sia sancita nel capitolato.

Quando si rinunzia al congedo non si può pretendere l'assegno stanziato in bilancio pel supplente. È chiaro che facendo altrimenti, si snaturerebbe lo scopo e la finalità del congedo e si cagionerebbe un ingiustificato aggravio alla finanza municipale.

(4982) *Medico con residenza fuori Comune - Supplenze.* — Il Dott. x. y. chiede conoscere se un medico che non prende residenza nel Comune possa avvantaggiarsi dei diritti sanciti dalla legge sanitaria, specialmente a riguardo delle supplenze in caso di infermità.

Dal momento che l'Amministrazione tollerava quello stato di cose e fino a quando lo ha tollerato, non può esimersi dal corrispondere al medico condotto i diritti derivantigli dalla sua posizione ufficiale. Le supplenze sono, quindi, a carico del Comune.

(4983) *Medico condotto supplente.* — Il Dottor F. T. da M. chiede conoscere se un medico condotto supplente sia parificato al medico condotto agli effetti della stabilità e della pensione.

Perchè il medico condotto supplente possa essere parificato al titolare agli effetti della stabilità e della pensione, è necessario che la di lui nomina avvenga a mezzo di pubblico concorso e che la istituzione del nuovo posto sia deliberata dal Consiglio comunale ed approvata dalla Giunta provinciale amministrativa.

(4984) *Tassa esercizii e rivendite.* — Al Dottor L. R. da A. rispondiamo che se egli esercita solo per conto del Comune non è obbligato a pagare la tassa esercizii, come impiegato addetto a pubblica amministrazione. Se però egli esercitasse anche altrove per proprio conto deve pagarla.

(4985) *Contributo Cassa di previdenza - Riduzione di condotta.* — Il Dott. abbonato n. 5472 desidera conoscere se il contributo alla Cassa di previdenza in lire 132 è soggetto a ricchezza mobile e se un Comune riducendo la condotta medica da piena in residenziale possa diminuire lo stipendio che il medico percepisce per la cura dei poveri.

Il contributo di lire 132 dovuto alla Cassa di previdenza non è colpito dalla ricchezza mobile. Riducendosi la condotta ai soli poveri non può essere diminuito lo stipendio che per tale servizio si corrisponde al condottato. Dopo il biennio di prova, come è oramai stabilito per legge, si acquista la stabilità nel posto e nello stipendio.

(4986) *Ricchezza mobile.* — Al Dott. D. S. da N. rispondiamo che l'agente delle tasse non può elevare un reddito per un cespite esistente in passato ed estintosi all'epoca del nuovo accertamento. Egli avrebbe potuto fare l'aumento nell'epoca in cui il cespite era vivo e vitale, e non ora che non più esiste. Ricorra alla Commissione di primo grado e da questa, occorrendo, alla provinciale.

(4987) *Impiegati in servizio sotto le armi.* — Al Dott. G. A. C. da F. rispondiamo che in caso di guerra l'impiegato sotto le armi si considera come in congedo per tutta la durata del servizio con conseguente percezione dello stipendio. Se fosse altrimenti, non avrebbe logica spiegazione il capoverso dello articolo 20 del testo unico della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili.

(4988) *Farmacie.* — Al Dott. A. S. da L. rispondiamo che molto probabilmente la chiusura della farmacia fu disposta dal prefetto per la mancata denunzia al prefetto stesso ai termini degli articoli 25 e 26 della legge sulle farmacie. Il decreto del prefetto, come provvedimento definitivo, avrebbe dovuto essere impugnato non con ricorso al Ministero dello interno ma con ricorso in sede straordinaria a S. M. il Re, nel termine di giorni 180 dalla notifica. Se intende sperimentare azione per danni, dopo la pronunzia sul ricorso per legittimità, dovrà iniziare apposito giudizio innanzi ai tribunali ordinarî.

(4989) *Medico condotto provvisorio - Assoluzione per non provata reità.* — Il Dottor S. C. da S. N. di B. desidera conoscere se un ufficiale sanitario licenziato a seguito di sentenza assolutoria per non provata reità, possa essere nominato medico condotto.

L'assoluzione per non provata reità non esclude la possibilità della nomina a medico condotto giacchè ad essa potrebbe fare ostacolo solamente una effettiva condanna. Ciò non toglie però che l'autorità comunale vagliati convenientemente i dati di fatto correlativi e tenuto conto della fama che in concreto gode il professionista, possa far cadere opportunamente la scelta su di altra persona. Del resto sembra che il medico in parola sia provvisorio e, quindi, facilmente amovibile.

(4990) *Ufficiale sanitario.* — Il Dottor M. B. da C. desidera conoscere se dovendo fare delle ispezioni possa a suo beneplacito disporre di volta in volta delle guardie municipali od occorre che chieda il permesso del Sindaco e se e quale completa raccolta esiste delle leggi e dei regolamenti che riguardano il servizio dell'ufficiale sanitario.

In mancanza di vigili sanitarii l'ufficiale sanitario deve servirsi dell'opera delle ordinarie guardie municipali. Non occorre per l'impiego di queste il permesso del Sindaco. Si agirà con tatto ed opportuno temperamento per modo di non servirsi di esse quando sieno occupate in altro qualsiasi prevalente servizio municipale. Non ci consta che esista raccolta completa delle leggi, regolamenti e disposizioni varii che si riferiscono al servizio dell'ufficiale sanitario.

(4991) *Aspettativa - Abbandono della condotta - Compenso.* — Il Dottor abbonato 3862 desidera conoscere se per motivi di famiglia o di salute possa chiedere un anno od anche meno di aspettativa e se abbandonando definitivamente la condotta possa ottenere qualche compenso dalla Cassa di previdenza, cui rimase iscritto per quattordici anni.

Si può chiedere ed ottenere l'aspettativa per ragione di salute o di famiglia per durata di un anno od anche meno, sempre quando il capitolato di servizio consenta il relativo diritto. Se si chiede per ragione di salute occorre che la domanda al Consiglio Comunale sia appoggiata da analogo certificato medico. Se si chiede per ragione di famiglia, non occorre produrre alcun documento. Lasciando definitivamente la condotta prima di aver compiuto i 25 anni di servizio, non si ha diritto ad alcuna indennità da parte della Cassa di previdenza nè a rimborsi di contributi pagati.

(4992) *Compilazione del regolamento d'igiene.* — Il Dottor F. B. da S. G. I. espone che dal R. Commissario reggente straordinariamente la amministrazione del suo Comune ricevette compenso di lire 80 per la compilazione del Regolamento d'igiene. La relativa deliberazione dalla autorità tutoria fu restituita senza provvedimenti con invito alla ricostituita amministrazione municipale di pronunziarsi in merito. Chiede conoscere se in caso di diniego da parte del Comune possa promuovere l'emissione di un mandato di ufficio oppure citare l'amministrazione pel pagamento.

Se è fornito di un titolo qualsiasi atto a dimostrare che il R. Commissario La incaricò della compilazione del Regolamento d'igiene, crederemmo che ben possa citare il Comune dinanzi all'autorità giudiziaria. In caso negativo La consiglieremmo a trattare la cosa amministrativamente facendo domanda alla G. P. A. per la emissione del mandato di ufficio.

(4994) *Nomina di farmacista da parte della Congregazione di carità.* — Il Dottor M. C. da T. espone che essendosi espletato il concorso per la nomina di un farmacista da parte della Congregazione di Carità, questa su quattro candidati non elegge nessuno e dichiara deserto concorso. Nomina, quindi, per chiamata un altro, la cui nomina era stata precedentemente annullata dal Prefetto. Chiede conoscere se ciò sia legale.

Dal momento che si era bandito il pubblico concorso e si era formulata, perfino, la graduatoria dei candidati, non poteva l'Opera pia dichiarare deserto il concorso stesso e ricorrere alla nomina del farmacista per chiamata. I quattro concorrenti rimasti fuori, hanno il diritto di promuovere giudizio per danni in base al noto principio di diritto civile che chiunque per fatto proprio cagiona danno ad un terzo è obbligato a risarcirlo. Intanto faccia subito istanza al Prefetto della Provincia perchè annulli il deliberato che presenta manifesta violazione del bando di concorso.

(4995) *Condotta per gli agiati.* — Il Dott. G. G. da R. desidera conoscere se quando esiste condotta per i poveri possa l'Amministrazione comunale istituire altra condotta generale per gli abbienti, indipendentemente dalla prima con distinto stipendio e se, nella affermativa, la nomina del nuovo titolare debba essere messa a concorso o possa essere incaricato del nuovo servizio il già esistente condottato pei poveri.

Il Comune non può provvedere al servizio degli agiati con medico speciale perchè tale servizio non è fra quelli obbligatorî. Nel caso che il Comune voglia estendere agli agiati la condotta pei poveri, deve incaricare il condottato che è in carica del doppio servizio. Se questo fosse eccessivo e non compatibile con le forze di un solo individuo, la condotta potrà essere sdoppiata. Si farà luogo allora alla nomina di un altro sanitario, ma ciascuno nella circoscrizione della propria condotta adempirà alla cura dei poveri e degli agiati.

(4997) *Visita delle carni da macello.* — Il Dott. V. C. A. da V. M. desidera conoscere se pur esistendo nel Comune un veterinario egli sia, come ufficiale sanitario, obbligato a sostituirlo gratuitamente nelle visite delle carni da macello nei casi di assenza per congedo od altro.

L'ufficiale sanitario è tenuto alla visita delle carni da macello solamente in quei posti ove non esiste il veterinario. Nei Comuni ove esiste il veterinario spetta a tale sanitario od al Comune di provvedere alla eventuale sostituzione per assenze dipendenti da congedo o da neces-

sità di servizio. A Lei, quindi, nelle suesposte condizioni di cose, non compete di sostituire il veterinario gratuitamente.

(4998) *Medico pensionato - Rientro in servizio.* — Al Dott. abbonato n. 5891 rispondiamo che il medico pensionato che riprende servizio con nomina regolare presso un Comune, deve novellamente iscriversi alla Cassa di previdenza, anche agli effetti dell'eventuale aumento della pensione che gli fu, a suo tempo, liquidata.

(5000) *Pensioni.* — Il Dott. S. C. da B. desidera conoscere se il medico condotto che presta da 25 anni servizio ininterrotto in un Comune e che non è inscritto alla Cassa di previdenza, ha diritto a pensione da parte del Comune ed in quale misura, tanto nel caso di eventuale volontario ritiro dal servizio quanto in quello di licenziamento per infermità.

Il Comune non è obbligato a corrispondere alcuna pensione ai propri sanitarî se non esista speciale regolamento ed i medici non vi abbiano, a suo tempo, aderito versando i prestabiliti contributi.

(5001) *Sessennio - Decorrenza - Compenso per servizio prestato prima della approvazione del capitolato.* — Il Dott. A. G. da L. C. desidera conoscere da qual giorno comincerà a decorrere per lui il periodo sessennale e se abbia diritto a farsi pagare il servizio prestato per la campagna prima della approvazione del capitolato.

Il capitolato, e propriamente l'art. 14 di esso, dice testualmente che il medico condotto ha diritto allo aumento sessennale ad incominciare dal primo giorno in cui *ha assunto il servizio della campagna*. Secondo il nostro avviso il diritto al sessennio decorre per Lei dal 1900, perchè in quell'anno entrò in effettivo servizio alla dipendenza del Comune. Deve liquidare un primo sessennio pel 1906 in base allo stipendio di lire 1000 ed un secondo nel 1912 se l'aumento di stipendio avvenne in mese posteriore a quello in cui prese servizio. Coll'aumento di stipendio otenuto nel 1912 comincia a decorrere poi, il terzo periodo sessennale. Ha diritto di percepire il compenso stabilito per la cura ed assistenza dei poveri di campagna dal giorno in cui ha di fatto intrapreso il relativo servizio.

(5003) *Aspettativa - Obblighi di servizio.* — Il Dott. E. L. da S. chiese ed ottenne dal Comune l'aspettativa di due mesi proponendo di farsi supplire a sue spese da un collega. Durante l'aspettativa il supplente si ammala ed è egli invitato dal sindaco a fare il servizio. Domanda conoscere se deve essere pagato dalla Amministrazione municipale o se possa trattenersi lo stipendio che dà al suo interino, che rimarrebbe così senza stipendio durante il corso della sua malattia.

Col richiamo in servizio l'aspettativa è cessata. Ella, quindi, ha ripreso il diritto di riscuotere lo stipendio. All'interino, pur troppo, nulla compete perchè egli non è in condizioni di fare quel servizio per cui fu chiamato, e non è concepibile che Ella paghi un sostituto che non lo sostituisce.

(5004) *Abbandono del servizio perchè chiamato sotto le armi in tempo di guerra.* — Il Dott. S. C. da T. desidera conoscere quale rapporto finanziario si stabilisce fra lui e l'Amministrazione comunale nel caso che in tempo di guerra fosse chiamato sotto le armi, od in Corpi assimilati.

Per le chiamate sotto le armi in tempo di guerra si applicano le norme stabilite dallo articolo 20 del testo unico dello stato giuridico degli impiegati civili, secondo cui l'impiegato stesso si considera ad ogni effetto come in congedo.

(5005) *Concorso - Documenti.* — Il Dott. L. P. da P. desidera conoscere se avendo esibiti i documenti originali ad un concorso possa esibire ad altro concorso un semplice elenco dei documenti in parola.

Non basta il semplice elenco per vincere un concorso basato essenzialmente sui titoli. Occorre produrre la copia notarile dei documenti stessi, acciò la Commissione giudicatrice possa formarsi adeguato e giusto criterio sui meriti professionali e scientifici del candidato.

(5006) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. G. P. da P. desidera conoscere se i concorrenti al posto di ufficiale sanitario devono avere un limite determinato di età.

Il limite di età fissato per prendere parte al concorso per la nomina ad ufficiale sanitario è di anni 45. Il medico condotto, cui allude non potrebbe prender parte al detto concorso perchè avrebbe superata l'età prescritta. Dovrebbe, in ogni caso, dimettersi in precedenza dalla carica di condottato che, come si sa, è incompatibile con quella di ufficiale sanitario, quando nel comune esistono liberi esercenti.

(5007) *Visita di carni macellate per conto di privati.* — Al Dott. T. Q. da C. rispondiamo che se l'abbattimento dell'animale per uso privato si compie nel locale del pubblico macello, la relativa visita sanitaria è gratuita come per tutti gli altri. Se invece l'abbattimento avviene a domicilio, non vi è obbligo di visita. Se fosse richiesta, dovrebbe essere pagata dal privato che vi ha interesse. Al quesito da Lei precedentemente proposto abbiamo dato evasione nel fascicolo 3 del 17 gennaio sotto il n. 4943.

(5008) *Medico di ospedale di riserva.* — Il Dott. abbonato n. 2028, avendo aderito a prestar l'opera sua in qualità di ufficiale medico in un ospedale di riserva, chiede conoscere se il Muni-

cipio potrà imporgli di prestare contemporaneamente le funzioni di medico condotto e nella negativa se sia obbligato a conservargli il posto. Stando nel medesimo posto, il Comune potrebbe obbligarla a disimpegnare il doppio servizio, adattandosi, si intende, nel miglior modo possibile. Qualora non si possa in alcun modo contemperare l'una e l'altra funzione potrebbe, nei riguardi della Amministrazione municipale, esere considerata come in congedo, sempre che il servizio che è chiamato a prestare possa essere ritenuto come servizio militare in tempo di guerra.

(5009) *Chiamato da infermo di altro Comune.* — Al Dott. abbonato N. 5314 rispondiamo che se chiamato, può prestarsi alla cura, anche senza prevenire il medico locale.

(5011) *Affitti fuori condotta.* — Al Dott. A. M. da M. rispondiamo che stando a quanto dispone il capitolato occorre *rinunziare* agli affitti fuori della propria condotta, e, cioè, non solo a quelli che potrebbero essere contratti in seguito ma anche a quelli che sono attualmente in corso.

(5012) *Stipendî.* — Al Dott. G. F. da R. rispondiamo che il maggiore assegno attribuito al medico nuovo eletto non dà diritto agli altri già in carica di ottenere un proporzionato aumento per essere messi alla pari. Se può dimostrare che il compenso è effettivamente deficiente di fronte al lavoro che si è obbligato di sostenere, può avanzare domanda alla G. P. A. ai termini dell'articolo 26 della legge. Il Comune non può dare più di un mese di congedo all'anno.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

AGGIUS (*Sassari*). — Condotta di Trinità di Agultu con L. 3935 lorde. Scadenza 5 febbr.

* ALBINO (*Bergamo*). — Condotta del centro; L. 4000 lorde e L. 300 U. S.; direzione dell'ospedale privato « Giovanni Honegger » con assegno di L. 1000; sessenni. Scadenza 10 febbraio.

ALTIVOLE (*Treviso*). — Condotta residenziale. Stipendio L. 3000 lorde R. M. e C. P.; L. 800 indennità cav.; L. 100 U. S. Due aumenti sessennali. Scadenza 8 febbraio.

CASOLA VALSENIO (*Ravenna*). — Titolare 2ª condotta. Soli poveri; L. 3300 lorde e 2 sessenni; L. 700 cavalc. Per le visite compenso determinato nelle apposite tariffe. Servizio entro 20 giorni. Scadenza 17 febbraio.

CASTEL S. PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — A tutto 23 febbr., ore 18, reparto IV; ab. 1685 di cui 87 a cura grat.; L. 3000 lorde e tre sessenni, oltre L. 600 per cav. e alloggio. Servizio entro 15 giorni.

* CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — 2ª condotta piena; L. 3000 lorde e L. 700 per cav. obbligatoria; L. 0.50 per ogni visita oltre un km. dalla residenza; due sessenni. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 5 gennaio.

CENTO (*Ferrara*). — Condotta Casumaro e Reno Centese. Servizi compiuti in condotta o presso ospedali. L. 3200 lorde e 3 sessenni; L. 600 per cavalc. obbl.; circa 3500 ab.; cura gratuita soli poveri; L. 75 per ogni gruppo di 100 poveri, oltre il limite di 1200. Funzioni entro quindici giorni. Scadenza 10 febbraio.

CHIAMPO (*Vicenza*). — Condotta consorziale con San Pietro e Musolino; L. 3500 e L. 300 pel mantenimento cavallo. Scadenza 5 febbraio.

CHIUSI IN CASENTINO (*Arezzo*). — Condotta residenziale; L. 2600 per circa 2429 poveri; L. 602 per circa 1085 semi-abbienti; L. 100 quale U. S.; L. 700 per cav., lorde, con due sessenni; L. 300 circa sugli utili per la gestione a. f.; L. 350 per supplenza. Servizio entro 10 giorni. A tutto 15 febbraio.

COSENZA. *Ospedale civile.* — Direttore; L. 4000 lorde e tre quinquenni del 15 %. Età 30-50 anni. Richiedesi la libera docenza in clinica chirurgica. Documenti al presidente della Deputazione provinciale. Scadenza 60 giorni dal 2 gennaio.

CREMONA. *Spedale Ugolani Dati.* — Tre medici chirurgi assistenti biennali; L. 1500 nette, oltre L. 12 per ogni guardia notturna (circa 7 al mese) e L. 150 pel servizio di poliambulanza. Voti agli esami universitari. Eventuale conferma bienn. Scad. 20 febbr. Serv. col 1° marzo.

FELTRE (*Belluno*). — IV Reparto, poveri; a tutto 20 febbr. Ab. 4324 in 767 fam.; L. 3700 lorde di cui 500 per indenn., alloggio e 700 per indenn. trasporto; oltre L. 200 per supplenza; tre sessenni. Servizio entro 10 giorni.

FERMO (*Ascoli Piceno*). *Ospedale Civile.* — Cercasi subito assistente medico; stip. L. 1500 lorde. Impegno da parte dell'eletto di tenere l'ufficio per almeno 6 mesi. Rivolgersi alla Congregazione di carità per l'invio dei documenti e per ogni schiarimento.

FUSIGNANO (*Ravenna*). — A tutto il 14 febbraio. Condotta di Levante; residenz.; L. 3360; tre aumenti quinquennali; assegno L. 300 supplenza al medico dell'ospedale; indennità L. 400 per mezzo di trasporto.

GAMBARA (*Brescia*). — Dal 27 gennaio al 28 febbraio è aperto il concorso alla condotta libera; lorde L. 5000 (L. 4100 per n. 2600 ammessi alla assistenza medica gratuita; L. 675 per indennità di mezzo trasporto; L. 225 per U. S.); tre sessenni di L. 500 ciascuno. Ab. 3555. Ufficio postale-telegrafico, telefonico; elettrovia per Brescia.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico vice-ispettore; L. 3200 nette di R. M.; quattro quadrienni di L. 500. Titoli ed esami. Servizio notturno. Anno di prova. Docum. al Protocollo del Consiglio non oltre le ore 16 del 10 febbraio. Età massima 35 anni.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Tre medici assistenti residenti nella succursale dell'Ospedale Maggiore in Cernusco sul Naviglio; stipendio L. 1500 nette ed emolumento di L. 2500 (complessive L. 4000) nette; alloggio;

passaggio ad assistenti ordinari nell'Ospedale Maggiore. Titoli ed esami. Scadenza ore 16 del 27 febbraio. Età massima 35 anni.

PONTI SUL MINCIO (*Mantova*). — A tutto il 10 febbraio; residenziale. Ab. 1053 dei quali 700 agglomerati; L. 3000 lorde e tre sessenni; se U. S. L. 200; non obbligo di cavalcatura.

PONZA (*Caserta*). — Condotta piena nella borgata Forna; L. 3000 oltre L. 1000 disagiata residenza, lorde. Scadenza 28 febbraio.

ROCCACASALE (*Aquila*). — Medico per la generalità degli abitanti che sono 1900 riuniti. Paese in montagna 400 m. sul livello del mare. L. 3000; 200 per uff. san. Sessenni. Scade 10 febbraio.

ROCCADEBALDI (*Cuneo*). — Medico poveri; popolaz. 2663; L. 2150 lorde. Scad. 10 febbraio.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Due primarî radiologi. Tirocinio di aiuto medico o chirurgico a Roma. Scadenza ore 16 del 20 febbr. Età massima 45 anni. - Due aiuti radiologi. Età massima 35 anni. Tirocinio di assistente medico-chirurgo a Roma. Scad. ore 16 del 15 febbraio. Titoli ed esperimenti. Sono equiparati ai cittadini italiani gli italiani di altri paesi quando anche manchino della naturalità. Iscrizione all'Ordine. Elezione di domicilio in Roma. Titoli ed esperimenti.

SAN BARTOLOMEO IN GALDO (*Benevento*). — 2ª condotta pei poveri; L. 1178.40 lorde. Al 25 febbraio. Carica fra 20 giorni. Chiedere l'annunzio.

* SAN LORENZO IN CAMPO (*Pesaro-Urbino*). — Medico per S. Vito sul Cesano; condotta semiresidenziale; L. 4150 lorde con 3 sessenni. Assunz. in servizio entro 15 giorni. Scad. 12 febbr.

SANTO STEFANO D'AVETO (*Genova*). — Prima condotta residenziale per 2948 ab.; L. 2500 lorde di R. M. e C. P.; L. 500 indennità cav. Scad. 15 febbraio.

* SARTEANO (*Siena*). — 2ª condotta; ab. 1000 in paese e 1400 in campagna; lorde L. 2000 p. poveri, L. 1150 p. abb., e L. 250 p. supplenza; L. 700 nette p. cav., tre sessenni di L. 300; assicuraz. Scad. 15 febbr.

SINALUNGA (*Siena*). — A tutto il 5 febbr., 2ª condotta; età limite 33 anni; biennio di osp.; titoli chirurgici; ab. 2111 in 14 kmq.; L. 2834 pei poveri, L. 666 per gli abb., due sessenni di L. 350, L. 500 dall'osped., L. 250 per supplenza, L. 600 per cavalcatura, assicurazione, provento visite. Servizio entro 15 giorni.

SUVERETO (*Pisa*). — A tutto il 15 febbr., prima condotta; L. 3400 con tre sessennî, lorde, pei poveri ed i semi-abbienti; L. 300 per cav.; ettari 4500, ab. 3593. Servizio entro 15 giorni.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Medico assistente di 1ª classe nella IV Divisione medica; L. 1700 lorde e alloggio nell'Istituto. Titoli ed esami. Età massima anni 35. Servizio per almeno quattro anni presso ospedali, cliniche o condotte, salvo eccezioni per gli attuali assistenti di IIª classe. Nomina per biennio salvo riconferma. Rivolgersi all'Ufficio medico (direttore). Scadenza 16 febbraio.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuova diffida: S. Giorgio Lomellina (Pavia).

Revoca di diffide: Pievefosciana (Massa-Carrara), Certaldo (Firenze), Ronco Scrivia (per Borgo Fornari) (Genova).

Il Consiglio dell'Ordine medico di Mantova ha approvato a voti unanimi di boicottaggio della condotta di Castelgoffredo, proclamato da quella sezione dell'A. N. M. C.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

A presidente dell'Ordine di Malta pel servizio sanitario in tempo di guerra, in sostituzione del compianto principe Chigi, è nominato il senatore Prospero Colonna.

FOGGIA. — Il Prefetto della provincia, su parere favorevole del C. S. P., ha emanato il decreto di nomina definitiva per gli U. S. che si trovano in regola con l'art. 13 della legge sanitaria e col parere del Consiglio di Stato del 25 maggio 1913. Sono: Cardone Giuseppe, Foggia; Colucci Vincenzo, Cerignola; D'Auzeo Attilio, Sansevero; Marinelli Ferdinando, Torremaggiore; Recchia Alfonso, Pietra Montecorvino; Laselva Antonio, S. Marco in Lamis; Ricci Ettore, Rignano Garganico; Mele Pasquale, S. Agata di Puglia; De Filippis Alfonso, Apricena; Durante Francesco, Bovino; Irace Luca, Candela; Rizzo Michele, Trinitapoli; Borgia Giuseppe, Manfredonia; Mascuppelle Orazio, Panni; Di Giovine Attanasio, Lucera; Di Monte Michele, Cagnano; Donatelli Nicola, Ascoli Satriano; Palmieri Giustino, Casalnuovo e Casalvecchio; Paolucci Aurelio, Castelnuovo; Rosso Raffaele, Celenza Valfortore; Ruggero Carmine, Rodi Garganico; Ricciardi Francesco Antonio, S. Giovanni Rotondo; Gabriele Antonio, S. Nicandro; Izzo Vincenzo, Facto; Maitilasso Francesco Antonio, Troia.

PADOVA. — Il Consiglio d'amministrazione dell'Ospedale civile ha eletto a primario dei nuovi Padiglioni per tubercolotici il prof. Baldo Zaniloni, il quale da oltre otto anni dirigeva con premura e diligenza degne del massimo encomio il riparto destinato ai tubercolotici che fra giorni sarà tolto dalle angustie in cui da tanti anni è costretto, per trovar posto nei due padiglioni, intitolati a G. B. Dal Monte, illustre medico dello Spedale padovano, e al filantropo Luigi Camerini.

MILANO. — A direttore del Laboratorio di anatomia patologica presso il Manicomio provinciale di Milano a Mombello è nominato il prof. U. Cerletti, dell'Università di Roma, primo designato dalla Commissione giudicatrice.

ROMA. — Il premio Rolli di L. 1000 per la clinica dermosifilopatica, la clinica ostetrica e la clinica oculistica è stato vinto dal dott. Aldo Cardarelli. La Commissione esaminatrice era composta dei professori Campana, presidente, Pestalozza, Regnoli, Speciale e Terzaghi.

TUNISI. — Il cav. dott. F. Sbrana è nominato direttore dell'Ospedale coloniale italiano « Giuseppe Garibaldi » di Tunisi.

Medaglioni.

Alla Cattedra d'Igiene della Università di Roma, fondata dal Tommasi-Crudeli, e illustrata dalla successiva proficua opera di Angelo Celli, venne di recente chiamato, dalla fiducia della Facoltà medica, il professore GIUSEPPE SANARELLI, con deliberazione degna di plauso, poichè assicura la continuazione delle nobili tradizioni che sono legate all'Istituto d'Igiene della Università romana.



Il forte e vivace ingegno, l'operosità scientifica, il valore di insegnante del Sanarelli, gli fecero conseguire rapida e brillante carriera. Allievo di Golgi, di Pettenkoffer, di Pasteur, di Metchnikoff, libero docente in igiene tre anni dopo la laurea, poco dopo professore straordinario di igiene all'Università di Siena, acquistò in breve spazio di anni tale fama da essere chiamato come professore ordinario all'Università di Montevideo, dove fece rifulgere l'ingegno e la scienza italica con l'efficacia dell'insegnamento, con geniali esperienze ed importanti scoperte.

La patria lo volle di nuovo e l'Università di Bologna lo chiamò professore ordinario d'igiene.

E fece bene, chè la molteplice attività e le pregevoli attitudini dell'ingegno del Sanarelli dovevano infatti essere proficue alla Nazione, non solo per la sua opera di scienziato, ma anche per la sua partecipazione alla vita politica, nella quale, Deputato o Sottosegretario di Stato, pur sempre con zelo attendendo agl'interessi del suo collegio politico, che da varie legislature lo nomina suo rappresentante, ed agl'interessi della Nazione, esplicò sopratutto savia e proficua opera di igienista, specialmente nel grave e spesso ignorato lavoro delle Commissioni e nelle belle relazioni da lui scritte per varî disegni di legge inerenti ai maggiori problemi igienici, come quelli sulle acque potabili, sulle stazioni di disinfezione, sui locali d'isolamento, sulle scuole degl'infermieri e dei disinfettatori e via dicendo.

Parlare della sua opera di scienziato non è lieve compito, data la molteplicità delle manifestazioni del suo ingegno e la tirannia dello spazio che costringerebbe ad un arido elenco. Ma a mettere in luce una sua speciale caratteristica che lo distingue in singolare modo, ci piace far cenno, com'egli, lungi dal prendere ad argomento di studio particolari o perfezionamenti di materie già da altri lumeggiate, o intravvide con originalità di vedute e di metodi, vie da altri non ancora percorse su questioni appena apparse nell'ambiente scientifico, o senz'altro si diresse verso nuove vie per le quali gli fu possibile recare nuovo lustro alla scienza italiana. Quando le indagini sul ricambio materiale e sui regimi alimentari sembravano offrire materia solo a studi fisiologici, egli per primo ne comprese e ne studiò l'importanza igienica, dimostrando sopratutto la funzione conservatrice dei sali inorganici nei processi nutritivi; per il primo dimostrò l'esistenza di virus filtrabili, studiando il virus mixomatoso dei conigli, aprendo così la via a tutto un nuovo capitolo di eziologia, oggi divenuto assai importante; per il primo constatò che i deleterî effetti dell'aria confinata erano dovuti non tanto alla concentrazione dell'acido carbonico, quanto alla presenza dei prodotti tossici intestinali esalati per via polmonare.

Di somma importanza sono gli studi sulla etiologia e sulla patogenesi del tifo e del colera, per i quali si stabilivano nuove interpretazioni, oggi completamente o in gran parte accettate. È suo merito se la febbre tifoidea non venne più considerata come una malattia a sede intestinale, ma come una infezione generale con prevalente localizzazione nel sistema linfatico, se gli effetti della tossina tifica furono bene conosciuti, se la patogenesi del colera, considerato non come una intossicazione, ma come una specifica enterite, venne rischiarata di nuova luce, se l'etiologia del colera trovò conforto di più vaste vedute — di fronte al semplicismo della concezione di Koch — nella scoperta, fatta dal Sanarelli, di numerosi vibrioni colerasimili in alcune acque, e nelle deduzioni da lui tratte che nelle recenti epidemie di Russia e di Italia altri osservatori ebbero esperimentalmente a dimostrare come fondate.

Importanti studî furono fatti dal Sanarelli sulla febbre gialla, sia per quanto riguarda la patogenesi, sia in rapporto all'agente etiologico.

Riguardo alla patogenesi, egli dimostrò erronea la dottrina, allora dominante, la quale faceva consistere il processo morboso della febbre gialla in una infezione gastro-intestinale. Il Sanarelli affermò, invece, trattarsi di una infezione generale a sede prevalentemente ematica; e questo suo nuovo concetto patogenetico è oggi ammesso da tutti. Il bacillo itteroide, isolato nel 1896 dagli ammalati di febbre amarilla, sembrò scosso nella sua specificità da ulteriori ricerche, per le quali il virus della febbre gialla parve doversi assegnare esclusivamente alla categoria dei cosidetti « virus filtrabili ».

Ma quale sia il rapporto fra taluni virus filtrabili e batteri, esperimentalmente capaci di riprodurre il quadro tipico della malattia, come fa appunto il bacillo itteroide, è problema grave, degno ancora di profondi studî e che comprende altre infezioni, oltre la febbre gialla. Sull'ardua questione non è ancora detta l'ultima parola, sebbene sin da ora si possa ritenere sicura la grande importanza patogenetica del bacillo itteroide nell'etiologia della febbre gialla.

Con originalità di vedute il Sanarelli si occupò anche del complesso problema della tubercolosi, recentemente esposto in un volume che ebbe lusinghiera accoglienza e del quale è prossima una edizione inglese.

Nel suo « Manuale di igiene generale e coloniale » testè pubblicato, il Sanarelli, con elegante dizione italiana, con profondità di vedute, con semplicità di esposizione, ha scritto dei maggiori problemi che oggi occupano la pubblica igiene.

Ed a questi ha voluto in ispecial modo dedicare la sua prolusione al corso d'igiene nella Università di Roma, esposta il 23 di questo mese davanti a un affollato pubblico di notabilità, di studenti e di medici, fra i quali la quasi totalità dell'illustre Corpo accademico della Facoltà medica.

Con breve, ma sentita e commossa parola, l'O. commemorò i suoi predecessori Tommasi-Crudeli e Angelo Celli ed espose di poi le sue vedute sull'igiene nei problemi della civiltà contemporanea, inneggiando alle conquiste della moderna igiene, che all'individualismo sanitario seppe sostituire la difesa sociale della salute, ma in pari tempo dimostrando come il diffondersi della civiltà determini la comparsa di malattie nuove che sono il prodotto degli stessi fattori dell'incivilimento, e come la protezione esercitata dall'igiene sugli individui più deboli e più infelici, insieme ai varî fattori inerenti alla civiltà contemporanea, sono causa di una selezione a rovescio, che conduce al deterioramento della stirpe. A difesa della stirpe, delle generazioni venture, dell'umanità, devono dall'igiene moderna trovarsi nuovi mezzi, nuove vie, in analogia dei nuovi compiti che a tale scienza competono, i quali, con larga disamina di dati esperimentali e statistici, con acuta interpretazione di fatti storici e sociali, furono esposti dall'O. tra l'ammirazione e il consentimento dei numerosi ascoltatori che affollavano il vasto Anfiteatro dell'Istituto d'Igiene. *g. s.*

NOTIZIE DIVERSE.

Arruolamento di medici per la Croce Rossa.

La Croce Rossa ha aperto, in alcune regioni, un arruolamento straordinario di ufficiali medici fra i medici liberi da qualsiasi servizio militare perchè in congedo assoluto o perchè riformati (in quest'ultimo caso semprechè sia cessata la causa che diede luogo alla riforma) e che abbiano, a seconda del grado cui aspirano, i requisiti ed i titoli come segue:

Medico assistente di seconda classe (sottotenente): possono concorrervi i medici liberi esercenti e gli assistenti degli ospedali, laureati da non oltre 5 anni.

Medico capo (capitano): possono concorrervi i medici o chirurghi primari di stabilimenti sanitari importanti, i medici provinciali e coloro che abbiano diploma di libera docenza o titoli equipollenti, specialmente in chirurgia.

Ispettore medico di seconda classe (maggiore): possono concorrervi i medici professori ordinari o straordinari di Università, i medici provinciali di prima classe, gli ispettori di Sanità pubblica, i medici o chirurghi primarii di ospedali principali, che siano altresì muniti di diploma di libera docenza.

La lotta contro l'alcoolismo in Italia.

Dal 22 gennaio è entrata in vigore la nuova legge contro l'alcoolismo.

Da ora innanzi i liquori non potranno essere venduti se non da quegli esercenti che abbiano speciale autorizzazione dal prefetto, cui debbono rivolgere apposita domanda, accompagnata dalla licenza in corso e dal certificato penale.

È rigorosamente vietata la vendita dei liquori nei giorni festivi ed in quelli di elezioni politiche e amministrative.

È vietato di somministrare qualsiasi bevanda alcoolica, quindi anche il vino, la birra, ecc., ai minori degli anni 16 (tranne durante i pasti), agli ubbriachi, alle persone deboli ed alterate di mente.

La vendita, la fabbricazione e l'importazione dell'assenzio sono assolutamente proibite.

La lotta contro l'alcoolismo in Francia.

Il 6 gennaio, dopo approvazione del Consiglio dei Ministri francesi, il Presidente della Repubblica francese Poincaré ha firmato un decreto che rende definitiva in tutta la Francia la proibizione di vendita e circolazione dell'assenzio e bevande simili; nonchè un altro decreto che proibisce di aprire nuovi esercizi per la vendita di bevande alcooliche, liquori, aperitivi, eccetto quelli a base di vino a meno di ventitrè gradi alcoolici.

Per l'igiene nelle scuole di Roma.

La Giunta comunale di Roma, vista la relazione presentata dall'ufficio delle Scuole comunali facoltative, ritenuto che l'Amministrazione municipale non può restare indifferente di fronte alle proteste dei padri di famiglia ed ai richiami delle autorità facoltative, ha nominato una speciale Commissione, composta dei signori Filipperi, direttore dell'ufficio delle Scuole facoltative, ing. Giorgi, direttore dell'ufficio tecnologico, e Pracassini, capo dell'Economato, con il preciso mandato di stabilire per ciascuna delle scuole medie governative l'effettivo fabbisogno di luce e calore e presentare proposte concrete sia dal lato tecnico che amministrativo per provvedere nei limiti indispensabili. La Commissione si è posta subito alacremente all'opera, in modo da dare affidamento che possano essere eliminati gli inconvenienti che da più anni sono cagione di giuste lagnanze da parte della cittadinanza e delle autorità scolastiche.

Lotta contro la tubercolosi a Milano.

Alla Presidenza del Consiglio provinciale di Milano è stata presentata dai consiglieri onorevoli Angelo Mauri, cav. Cavazzoni, conte Jacini e rag. Ponzoni la seguente mozione: « Il Consiglio provinciale, rilevata la necessità di provvedere ad una efficace assistenza dei tubercolotici poveri di fronte alla grave diffusione del morbo nelle classi popolari e all'insufficienza delle pur volonterose iniziative esistenti, invita la Deputazione provinciale a studiare e proporre un programma organico di provvedimenti atti a combattere la triste piaga specialmente nei Comuni minori e a promuovere l'istituzione di dispensari tubercolosari circondariali, anche con larghi sacrifici finanziari della Provincia ».

La istituzione Visconti di Modrone.

La istituzione Giuseppe Visconti di Modrone, diretta dal Prof. Giuseppe Brambilla, pubblica in questi giorni il resoconto del lavoro compiuto nel 1914. Oltre le sedi centrali di Milano e Grazzano Visconti, funzionarono le Sezioni di Barletta, Brindisi, Crucoli, Flumeri, Ginosa, Rocchetta S. Antonio, Sorano e Taranto. Venne inoltre esplicata una limitata attività anche a Calitri, Monteverde, Pitigliano, Quaglietta.

Funzionarono le scuole di Grazzano Visconti, Rocchetta S. Antonio e Ginosa, con un numero complessivo di 300 alunni che vengono avviati alle arti e ai mestieri o strappati allo analfabetismo.

La lotta contro la malaria e a favore della colonizzazione interna, del rimboschimento e dell'igiene venne condotta presso tutte le Sezioni fornendo medicinali, chinino, cure ricostituenti, assistenza medica ecc., ai poveri speciamente bambini e coloro che non possono trarre profito dalla legge sul chinino di Stato.

Cura speciale venne prestata alla mano d'opera migrante nella Basilicata e nelle Puglie.

Trassero profitto da questa azione dell'Istituzione 3644 individui, per cui comprese le Scuole sono ben 3944 coloro che fruirono dei benefici di un Ente mantenuto in vita esclusivamente per la generosità di una sola persona, il conte Giuseppe Visconti di Modrone.

A diffondere la coltura popolare e le norme igieniche vennero distribuiti in tutta Italia durante l'anno 12,600 opuscoli, che ammontano a 101,000 nei sei anni di vita dell'Istituzione.

Riportiamo la parte del programma d'azione per l'anno 1915 che si riferisce all'igiene:

Diffusione dei principî elementari di igiene (sede centrale e sezioni). Organo ufficiale: « La propaganda igienica-scolastica » (Taranto), diretta dal dott. A. Colucci.

Lotta contro la malaria. Sezioni di Cagliari, Crucoli, Ginosa, Rocchetta.

Protezione igienica della mano d'opera migrante all'interno. Sezione di Rocchetta.

Corsi diversi, lezioni e conferenze di propaganda a Flumeri (Avellino), Pitigliano (Grosseto), Taranto, ecc.

Beneficenza.

Il cav. L. Cristofori, presidente della Cassa di risparmio di Viterbo, ha lasciato nel suo testamento all'Ospedale di Bagnorea L. 50,000 ed un palazzo ivi esistente.

Il conte sen. Tacconi di Bologna ha elargito L. 50,000 all'Istituto Ortopedico Rizzoli.

La Cassa di Risparmio di Bologna ha elargito L. 40,000 alla Poliambulanza Felsinea.

Conferenze.

Il prof. Vittorio Ascoli ha tenuto a Milano, innanzi a un gran numero di medici, nella sede dell'Ordine, una conferenza sulle *Moderne conquiste nella clinica della malaria.* L'O. fece precedere una sintetica commemorazione di Angelo Celli, che tanta parte ebbe col Marchiafava nei primi studi sulla malaria.

Il prof. Ascoli descrisse le varie forme della febbre periodica, illustrando con tracciati termometrici evidentissimi l'andamento clinico dei vari accessi. Richiamò anche le scoperte del Golgi e fece risaltare come l'andamento clinico di tutte le forme fosse già chiaramente intuito e spiegato dal clinico Torti, milanese, sul principio del secolo scorso.

Dopo ampie spegazioni venne alla conclusione che la malaria può dirsi in moltissime regioni di Italia, che ne erano invase, se non vinta, domata, tanto che rari ora sono i casi di perniciosa, la quale prima incuteva terrore. Ha rilevato come attualmente la malaria da noi abbia assunto carattere di cronicità, per modo che risaltano, in confronto dei fenomeni veramente malarici, le alterazioni degli organi più importanti; il che apre un campo vastissimo e nuovo negli aiuti che la clinica va offrendo alla medicina sociale.

Propaganda igienica.

Per iniziativa della Sezione Mantovana dei medici condotti il dott. Gaetano Celli ha tenuto a Pegognaga, nella sala consigliare, una conferenza sul tema: « Difesa della società dalle malattie infettive ».

Nella Casa del Popolo di Balzola il dott. Alzorra da Villanova ha tenuto una conferenza sulla tubercolosi.

Il dott. A. Riccardi di Gioiosa ha pubblicato in foglietti da distribuirsi nelle case un decalogo sulle norme per combattere il tracoma, e uno su quelle per combattere la tubercolosi.

La Federazione fra i Comitati agricolo-antimalarici di Benevento, Caserta, Eboli, S. Marco in Lamis, con sede in Portici, presso la Stazione agricolo-antimalarica della R. Scuola Superiore di agricoltura, ha pubblicato dei quadri dimostrativi per la propaganda antimalarica. Abbiamo sotto gli occhi il n. 1 della serie 1ª; comprende 13 figure, che dimostrano la distribuzione geografica del male, il modo di diffusione, i mezzi di protezione; sono corredate di leggende esplicative.

Nella stampa medica.

La reputata « Gazzetta medica italiana » diretta dall'esimio prof. sen. Carlo Forlanini, sospende le sue pubblicazioni.

Quest'annunzio desterà vivo rincrescimento nei numerosi cooperatori, lettori ed estimatori della consorella, che vanta elette ed antiche tradizioni.

Col 1914 ha cessato le sue pubblicazioni la « Nuova Rivista Clinico-terapeutica », sapientemente diretta dal prof. sen. Enrico De Renzis.

Viene intanto fondato un altro giornale, « Folia Medica », periodico trimestrale diretto dai professori sen. Errico De Renzi e on. Pietro Castellino; accoglierà lavori originali, attualità mediche, cronaca, e si occuperà largamente d'interessi professionali.

Sentiti auguri.

Commemorazioni.

A Cosenza venne inaugurata una lapide al professore Biagio Miraglia, nato in quella città nell'agosto 1914, esimio frenologo, il quale spese molta parte della sua attività a favore del manicomio di Aversa. Verrà murata un'altra lapide commemorativa su questo Istituto, ed una via di Aversa sarà intitolata al benemerito scienziato.

Il problema dell'alimentazione in Germania.

Il Consiglio Federale della Germania ha da qualche tempo emanato un decreto che regola la produzione del pane nei seguenti termini:

È vietata la produzione di pane di puro grano e di pura avena; il pane di grano deve contenere il 10 % almeno di avena; il pane di avena il 5 % di farina di patate e può contenerne anche di più, ma allora le pagnotte debbono portare impressa una *K* (iniziale di Kartoffel, patata), e se il contenuto va oltre il 20 %, alla *K* deve aggiungersi la figurazione del tubero. Secondo la « Medizinische Klinik », queste disposizioni non possono avere conseguenze dal punto di vista sanitario. Del resto, non si applicano agli *zwiebach* nè ad altri biscotti, per modo che i malati possono ancora consumare prodotti di pura farina di grano.

Col 1° febbraio verrà istituito il monopolio governativo per la produzione e la vendita delle farine alimentari e del pane.

Accademie mediche militari.

I medici militari del Corpo d'occupazione tedesco in Francia hanno inaugurato il 9 dicembre u. s. un'Accademia medica di guerra in Lilla.

Analoghe riunioni sono tenute a Brugères.

Il giorno 22 gennaio u. s., moriva a Venezia il senatore dottor **Luigi Pastro**. Con lui è scomparso uno dei pochi superstiti dell'epopea dell'indipendenza italiana, una bella figura di medico e di filantropo.

Medico condotto a Villa Orba, nel giugno 1851 fu arrestato insieme ad altri 13 cospiratori, tra i quali si trovavano coloro che ebbero il martirio a Belfiore.

Uomo di tempra adamantina mantenne durante il processo, in seguito al quale fu condannato alla galera, un contegno impassibile. Benchè egli avesse già provato i rigori e le torture del carcere di Mantova e di Theresienstad e non si dissimulasse l'avvenire orribile che gli si preparava, rimase sempre fiero ad affermare la sua fede, la sua protesta contro i carnefici.

Si racconta che al suo inquisitore, al feroce Kraus, che gli minacciava la tortura per ottenere una confessione, egli rispondesse: « Soltanto un ufficiale austriaco può scendere a tanta viltà, a minacciare con la spada un misero che non può reggersi in piedi. Vergogna! Gettate quella spada o datene una anche a me per un minuto.... Quanto ai mezzi adoperateli tutti, io non diverrò per viltà calunniatore di me stesso ».

Tanta fierezza ricorda quella del Cirillo.

Graziato dopo cinque anni di dura prigionia ritornava a fare modestamente il medico a Villa Orba; ma nel 1859 egli correva ad arrolarsi come ufficiale medico nell'esercito piemontese per prender parte alla guerra d'indipendenza.

Per la sua opera durante la epidemia colerica fu decorato con la medaglia d'oro al valor civile.

BR.

Si è spento il prof. **Arturo Marcacci**, professore ordinario di fisiologia umana nella Università di Pavia.

Si era laureato a Siena nel 1879. Trascorse i primi anni dopo la laurea a Parigi, a Vienna, a Breslavia, dove lavorò con onore e profitto negli Istituti di Paul Bert, di Bruck e di Heidenhain.

Assistente prima di Angelo Mosso e poi di Piero Giacosa, fu nell'85 nominato professore di fisiologia all'Università libera di Perugia, dove stette per pochi anni. Nel 1890 in seguito a concorso fu nominato insegnante della stessa materia all'Università di Palermo. E quivi egli si trattenne fino al 1904. Fu poi chiamato a Pavia dopo la morte dello illustre prof. Oehl.

Membro corrispondente del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere e dell'Accademia dei Lincei, il prof. Marcacci lascia numerose pubblicazioni scientifiche **di grande valore** che gli assegnano un altissimo posto nella scienza della fisiologia.

I dottori **Cortelli Agapito**, **Corsetti**, **Ferrini Paride**, **Gasparri Cesare**, **Raynaldi Alfredo**, **Sferra Edoardo** di Avezzano, il dottor **Ciancíosi Angelo** di Sora, il dottor **Polidoro** di Collarmele, sono rimasti sepolti sotto le macerie dei paesi distrutti dal terremoto del 13 gennaio.

Alla memoria di questi colleghi, vittime della inesorabile, cieca brutalità della natura inviamo un mesto, desolato saluto.

Rassegna della stampa medica.

Revue Neurol., 15 luglio. MINGAZZINI. Sulla semeiologia dei tumori del lobo temporale.
La Clin. Med. It., sett. GASBARRINI: Studî sulla malaria. — VERDOLIVA: Le infezioni da «micrococcus catarralis». — ROMANELLI: Ricerche serologiche.
Bull. de l'Acad. de Méd., 13 ott. TUFFIER: Sulla chirurgia di guerra.
Riv. Ospedaliera, 15 ott. PETTENATI: Trombosi della cava superiore per mediastinite tubercolare. — CARLI: Sulle infezioni emorragiche dei neonati. — MILANI: L'anafilassi.
Pathologica, 15 ott. BOLOGNESI: Sporotricosi ossea sperimentale. — COLOMBINO: Uretrite cronica da pneumococco. — MELLO: Sui processi di riparazione nella polmonite cronica.
The Boston M. a. S. Journ., 15 ott. BROWN: Investigazione roentgenologica sui rapporti tra tipo individuale e stasi intestinale.
La Presse Méd., 15 ott., MATHIEU: Trattamento delle coliti dissenteriche. — MARTINEZ e ROY: La protesi dentale nella chirurgia da guerra. — 22 ott. CHAPUT: Trattamento delle fratture della diafisi del femore da arma da fuoco.
La Liguria Med., 15 ott. TEDESCHI: Lesioni degli apici polmonari ed inalazione di polveri.
La Tubercolosi, 30 sett. RAGAZZI: La scuola all'aperto in Italia.
The Journal A. M. A., 17 ott. CRILE: L'anociassociazione in rapporto alle operazioni sulla cistifellea e sullo stomaco. — WERELIUS: Chirurgia sperimentale endotoracica. — GORDON: I disturbi consecutivi alla castrazione nella donna.
Münch. Med. Woch., 20 ott. KAUFFMANN: Trattamento dell'obesità con platino colloidale. — FRAENKEL e THIELE: La reazione di impedimento della coagulazione da sieri luetici. — SCHEDE: Trattamento aperto delle ferite suppuranti. — LANGE: L'ortopedia in guerra. — BRUNNER: Sull'uso delle filacce. — WILLIGER: Economia di cotone nelle medicature.
Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 ott.: WANNER: Idrosalpinge inermittente.
Gazz. d. Osp., 22 ott. MARINELLI. Sulla prostatectomia transvescicale.
Wien. klin. Wock., 22 ott. KRAUSG Il dentista in guerra.
Riv. crit. di Clin. Med., 24 ott. CANTIERI: La terapia colesterinica nelle anemie gravi.
Zbl. f. inn. Med., 24 ott. ROSKY: Attitudine dei leucemici a produrre anticorpi.
Zbl. f. Chir., 24 ott. SCHIELE: Iniezioni di fenolo e canfora nei flemmoni articolari e tendinei.
La Rif. Med., 24 ott. CCINICARIELLE: Ipofisi e gravidanza.
Boll. d. Mal. dell'Orecchio ecc., ott. GARBINI: Sulla cura della sordità progressiva.
The Lancet, 24 ott. PICK, RAUKINE e LAMBERT: Le ferite del cranio nella guerra moderna. — TROTTER: Prognosi del cancro della lingua.
Gazz. d. Osp., 25 ott. FISICHELLA: Flebite sifilitica delle vene superficiali degli arti.
Gazz. Med. It., 25 ott. RIVA-ROCCI: La sindrome occlusiva dell'appendicite infantile.
Berl. klin. Woch., 26 ott. LICHTWITZ: Sul trattamento del colera. — WIENSKOWITZ: Le iniezioni epifasciali e intramuscolari di neosalvarsan nell'infanzia.
Münch. klin. Woch., 27 ott. JOHN: Sulla terapia bromica. — FICLMANN. I raggi Roeutgen nel morbo di Basedow. — WEYANDT: Le malattie mentali in guerra. — ENDERLEN: Ferite d'arma da fuoco dell'intestino.
Il Morgagni (Arch.), ott. PASINI: Del leucoderma sifilitico.
Gazz. d. Osp., 29 ott. CREMONESE: Un nuovo metodo di sterilizzazione.
Giorn. It. d. Mal. Veneree e d. Pelle, n. V. MANTOVANI: Quattromila reazioni di Wassermann. — VERROTTI: Inoculazione di leproma ad una scimmia inferiore. — BARBAGLIA: Acariasi felina nell'uomo. — BELLINI. Discheratoma nevico.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XXII. *Roma, 7 febbraio 1915* **Fasc. 6**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RAMMENTIAMO

che per aver diritto al nostro premio ordinario pel 1915

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

il quale sarà infallantemente pronto entro il prossimo marzo, occorre aver pagato l'importo d'abbonamento *prima del 28 corrente mese.* (*)

Ricordiamo pure che le Cartoline-vaglia debbono essere sempre indirizzate nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46, Roma.

(*) *N. B.* **Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.**

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

Sul pneumotorace artificiale (1)

per il prof. G. BRECCIA.

Il pneumotorace artificiale, dopo la prova trionfale superata al Congresso internazionale antitubercolare di Roma (1912), oggi per la prima volta in Italia vien posto a pubblico dibattito; e poichè ad esso è legato uno dei più bei nomi della scienza italiana, quello del Senatore Carlo Forlanini, il quale, oltre crearlo e diffonderlo, ha saputo conservargli attraverso a tentate annessioni l'impronta altissima del genio italico, bene sta che ora e appresso riceva in Italia, nella sua Patria, l'ultima sanzione, la sicura direttiva, che lo renda profittevole per la onesta, scientifica e generosa applicazione.

Io non dirò della *tecnica,* essa non può discutersi in una lettura. Noi tutti si apprende nelle difficoltà, negli insuccessi, nelle complicanze, che ci rendono più cauti, meno sommari, meno ricchi di apoftegmi e ci persuadono che, oltre che nella figura giuridica, esistono nella scienza clinica e nella coscienza professionale delle responsabilità,

(1) Relazione fatta d'ordine della Presidenza al Congresso italiano di medicina interna. Genova, 14 ottobre 1914.

che non sono ancora il dolo, ma la colpa, che non sono l'imperizia e la negligenza perseguibili dal giure scritto, ma l'uno e l'altra metodici, quindi espiabili con uno studio più onesto, più intelligente, poichè, ripeterò col Dumarest, ogni caso di pneumotorace è un caso nuovo, degno di singolare considerazione.

Io non dirò di incidenti e di complicanze, che possono per la tecnica manuale e per la tecnica clinica ovviarsi in buona parte; se ne presterà il destro in discussione, mi affretto invece ad entrare immediatamente nel campo patologico e clinico del pneumotorace artificiale.

***

Poco dirò delle esperienze cliniche cronologicamente antecedenti alla scoperta del Forlanini — sono notissime e giudicate; esse datano dal Baglivi al Gaillard.

Qualsiasi compressione del polmone malato fu riconosciuta capace di favorire la riparazione delle lesioni tubercolari. Per dirla col Lemke, è questa esperienza di secoli.

Ma il pneumotorace non sorse, nè per la compressione del petto tentata dal Piorry per favorire le retrazioni riparative, nè per la leggendaria proposta di James Carson del pneumorace toracotomico, nè per la famosa comunicazione del Potain sulla cura degli empiemi con iniezioni d'aria sterile nella pleura (1888).

Quale magnifica via il concetto della cura diretta del polmone malato percorse da questi ingenui e semplici tentativi alla scoperta geniale del Forlanini, non è chi non veda.

Ora i fautori sono infiniti, i lavori innumerevoli; quasi nulla dal 1882 al 1890, circa dieci lavori del 1890 al 1900, circa dieci dal 1900 al 1906, circa 10 nel solo anno 1907, ora non si contano più. Fino alla fine del 1913, ne ho potuto raccogliere di quelli impossibili a trascurare 463 (pel mio libro sul penuemotorace artificiale) mentre al 1912, nel mettermi al lavoro non si avevano che attorno 210 pubblicazioni o poco più.

Quanto da questa mole di operosità si sia giovata la conoscenza teorico-pratica del metodo, non devo ricercare.

Attualmente due avverse chiese di credenti si scomunicano a vicenda nella pratica: quella di coloro che vogliono, e disgraziatamente praticano, il pneumotorace ad oltranza e quelli che non vedono che i pericoli e i disastri, che per la deplorevole inconsapevolezza dei primi è facile di lamentare.

***

La prima questione, che pongono i pratici, è la seguente:

I. — *Il pneumotorace guarisce in realtà le malattie tubercolari del polmone?*

Prima di rispondere è bene premettere qualche cosa di già noto.

Le malattie tubercolari del polmone presentano dei periodi di silenziosità o latenza in decorso, talvolta di anni, durante i quali la guarigione ha le migliori apparenze.

Ho in cura un infermo, che superò una coxite tubercolare nell'infanzia, un episodio polmonare dieci anni fa ed ha una recrudescenza dello stesso processo da due anni, che mal si presta attualmente al collasso.

Ma le malattie tubercolari del polmone possono guarire pel pneumotorace artificiale.

Risultati remoti di Forlanini, Brauer, Saugman, Dumarest, a tacer d'altri, depongono per la guarigione accertabile con mezzi clinici.

Risultati anatomici degli stessi ed altri AA. dimostrano parimenti che il focolaio tubercolare compresso del polmone guarisce.

La mia esperienza personale non vale su questo punto.

I soggetti più antichi, che io possa avere ora fra mani, sono quelli da me sottoposti a cura dai primi mesi del 1912. I buoni risultati ottenuti in 4 dei 6 soggetti di allora, datano evidentemente da poco tempo. Esiti di cure precedenti a queste mie non mi è noto che esistano qui in Genova.

Ma alla mancanza di materiale clinico mio od altrui io posso supplire con materiale sperimentale non spregevole.

Prima di me furono eseguite esperienze con i comuni animali da laboratorio: cani, conigli e cavie. È cognizione antichissima che ragioni anatomiche si oppongono frequentissimamente al collasso unilaterale completo del polmone in simili animali. Citerò due lavori di oltre quindici anni fa (1897 e 1898), la cui rarità non m'avrebbe concesso di vederli, se non li avessi ottenuti dalla cortesia degli autori; l'uno è di Voinitsch-Sianogensky, l'altro è di J. B. Murphy, la celebre *Oration on surgery of the lung*.

Il mediastino dei detti animali presenta spesso perforazioni, sia preesistenti, sia formantesi durante l'intervento, sempre però una cedevolezza così alta, che la compressione non tarda, ad esercitarsi, direttamente o indirettamente, dall'una all'altra cavità pleurica.

Gli esperimenti già eseguiti col pneumotorace in tali animali, perdono quindi gran parte del loro valore.

Io sono stato l'unico a fare il pneumotorace artificiale nella scimmia, infettata di tubercolosi per via sanguigna, ottenendo la sclerosi dei focolai nel polmone compresso, mentre, e nell'al-

tro, e negli organi sottodiaframmatici, e nelle sierose, la diffusione tubercolare era imponente.

I polmoni di una di queste scimmie più dimostrative sono qui a dimostrarlo.

II. — *Il pneumotorace guarisce in ogni caso le malattie tubercolari del polmone?*

Quando i focolai tubercolari possono essere compressi a *perfetto collasso e per il tempo necessario* a che la cicatrizzazione definitiva avvenga, la guarigione è sicura.

Bisogna che manchino ragioni impedienti.

Esse sono: condizioni estrinseche al polmone o pleuriche e condizioni intrinseche o polmonari. Il polmone può essere incollapsibile, perchè *aderente*, o perchè è *rigido*.

Ma la clinica insegna, che, quando la guarigione anatomica non si può avere ed il collasso completo è irraggiungibile, non mancano spesso per una cura sapiente rilevanti miglioramenti.

Si avrà in tal caso un'azione, non già patogenetica ma funzionale, un collasso non completo, ma sufficiente, dal quale può ancora sperarsi guarigione, ma più dubbiosa o difficile. Saugman al Congresso intern. di Londra (1913) riteneva che questo stato, che io ho denominato di trattamento funzionale, ripaghi all'infermo il disturbo di continuare, finchè dura la vita, la cura pneumotoracica, in confronto all'esito fatale, che rapidamente l'attende.

Ma esiste secondo Saugman un *pn. solaminis causa*, un pneumotorace a scopo sintomatico. Quantunque per estensione e gravità delle lesioni, o per impossibilità di ottenere, neppure effetti funzionali, il pneumotorace non sarebbe indicato, esso può essere ancora capace di diminuire alcuni dei sintomi più molesti: la tosse, i sudori, la febbre. Il trattamento sarà un calmante innocuo, che, diminuendo alcuni dei coefficienti morbosi nel polmone più afflitto, permetterà all'infermo una calma relativa.

Il pneumotorace adunque ha un'azione *curativa, anatomica* (pneumotorace patogenetico), una *azione modificatrice della funzione soltanto* (pneumotorace funzionale), un'*azione* semplicemente *palliativa* (pneumotorace sintomatico).

Un sol fatto si oppone a qualsiasi di queste azioni e cioè che l'altro polmone sia sede di lesioni *progressive* o *pregressibili*.

Il pneumotorace guarisce, migliora o seda, ma i focolai, che cura, non già quelli altrove situati. Non possiamo certo rimproverare al metodo di non possedere una delle prerogative dell'irreale: l'onnipotenza. Di queste lesioni progressibili dell'altro lato vedremo. Dirò intanto, come è possibile col collasso d'un polmone mettere l'infermo nelle condizioni di tollerare passabilmente lesioni opposte di egual grado, se non di eguale estensione.

Il n. 12 della casistica, riportata nel mio libro, ne è un'esempio. Cavitario bilaterale con emottisi in atto, subì dal prof. Dario Maragliano il pneumotorace bilaterale, che io conservai cautamente, finchè il pneumotorace minore, del lato meno affetto, il sinistro, si riassorbì e non fu più possibile ricostituirlo al 14° rifornimento (22 gennaio-22 marzo 1913).

L'infermo continuò poi a rifornirsi in ambulatorio, come un pnuemotorace comune. Le caverne del lato libero sono ancora visibili, forse meno apparenti di prima, certo non progredite. Verso la metà di agosto ha un'imponente emottisi, di cui si riprende in pochi giorni, il polmone in cura è compresso; sospendonsi i rifornimenti tenendo in osservazione il malato.

Lo stato di esso è grave, perchè è appena presumibile, che le lesioni del polmone libero non progrediscano e diano tempo al polmone in cura di guarire frattanto.

Alla permettenza delle sezioni non compresse e delle eventuali lesioni di esse è legato il successo della cura.

Se adunque il pneumotorace dà guarigioni, miglioramenti o remissioni sintomatiche, esso agisce come qualsiasi rimedio, che goda la migliore riputazione.

D'altronde che cosa possiamo attualmente sostituirgli nelle lesioni tubercolari progressivamente evolventi, non ostante ogni cura, alla distruzione?

È noto ormai, e ne feci cenno in miei commenti clinici di oltre sei anni fa, che caverne polmonari possono persistere per decenni, evolvendo insensibilmente, apireticamente, senza gravi turbe dello stato trofico generale. Ora il pneumotorace non è indicato soltanto in questi estremi!

È necessario adunque che i clinici e i pratici, vogliano concedere al pneumotorace quelle stesse attenuanti e condizionali, che essi spesso con viscere materne largiscono ai mezzi curativi più favoriti, quando s'infrangono di fronte a difficoltà insormontabili di attuazione o di efficacia.

Stabilito che il pneumotorace merita la fiducia dei medici e dei pazienti vien fatto di domandare

III. — *È il pneumotorace un metodo alla portata di tutti?*

Se il pneumotorace non avesse che la minaccia degli incidenti ormai noti, da che ce lo sentiamo ripetere dai tedeschi, con la incrollabile assiduità della loro razza; se non ci fosse da temere che

la puntura del polmone, l'infrazione dei focolai, gli enfisemi profondi o intraparietali, ciò sarebbe troppo poco ancora per interdire questo prezioso mezzo curativo a qualunque valentuomo laureato in medicina. Altre difficoltà vi sono ben più gravi, che rispondono al capitolo: Indicazione - Regolazione del trattamento. Esse assommano i più delicati problemi semiologici, patologici e clinici.

IV. — *Indicazione del pneumotorace artificiale.*

È necessario dire sommariamente: Il pneumotorace è possibile, ogni volta che si abbia probabilità di comunque comprimere completamente il polmone e non esistano nell'altro localizzazioni (note o meno) attive o attivabili, progressive o progressibili. Dicevasi sui primordi: polmone con fatti distruttivi senz'aderenze, altro polmone libero. Questo schema è praticamente irrealizzabile.

Discuteremo l'indicazione del pneumotorace artificiale nei varii gruppi di malattie tubercolari del polmone.

I GRUPPO. *Forme infiltrative*: forme di qualsiasi genere, non ancora evolventi in caseosi; vale a dire: bronchioliti, broncoalveoliti con o senza peribronchite, broncopolmoniti non caseose.

La cura col pneumotorace di queste forme, propugnata dal Murphy nel 1898, controindicata dalle scuole tedesche e dal Brauer, s'impone a mio credere, quando non si avvantaggino della cura igienica, medica, climatica e pigramente rispondano alla cura specifica. Il pneumotorace spesso agevola le difese spontanee già in atto nelle forme sclerosanti.

Minor gravità ed estensione di lesioni, maggior resistenza dell'infermo, minor facilità di complicanze, minori modificazioni terminali del polmone guarito, garantiscono alla cura di questi casi buoni risultati in tempo relativamente breve.

II GRUPPO. *Forme caseose*, ma senza fenomeni distruttivi: peribronchiti, broncopolmoniti e polmoniti caseose. La ragione della indicazione sorge quando queste tendono a disseminarsi, allo scopo di salvare il polmone opposto da localizzazioni nuove, se immune, da aggravamenti, se attaccato da focolai inattivi o poco attivi.

III GRUPPO. *Forme ulcerative*: polmoniti o broncopolmoniti distruttive (fibre elastiche nell'escreato). In tali casi le ragioni della indicazione della cura, oltre quella del gruppo precedente, sono anche le seguenti:

1° quando associazioni microbiche aggiungono alle tossibacterioemie tubercolari, tossibacterioemie schiettamente piogeniche. I tentativi di cure immunitarie contro le tossibacterioemie associate hanno deluso le speranze dei terapisti quasi completamente;

2° il secondo coefficiente, che avvalora la indicazione della cura pneumotoracica in questo gruppo è la discrasia tubercolare, che, da sola o associata alle tossibacterioemie tubercolari o piogeniche, peggiora le condizioni dell'infermo.

Intendo per discrasia tubercolare l'azione tossica, che deriva dai prodotti di disfacimento del facolaio tubercolare, cioè dai veleni della citolisi del granuloma, del pus, del tessuto polmonare, che dànno di per sè soli uno stato cachettico, simile a quello dei tumori maligni a facile fusione, o dei focolai degenerativi o ascessuali estesi o cronici. Combattere adunque la diffusione e progressione, le tossibacterioemie tubercolari e associate, infine l'avvelenamento da prodotti della citolisi, questo è il problema terapeutico nella cura di questo gruppo.

IV GRUPPO. *Forme cavitarie*. In questo gruppo le indicazioni sono eguali al III; ma v'è di più, cioè la ragione meccanica già intravista dal Piorry e universalmente accettata fi o nostri giorni.

La *indicazione* sintetica della cura pneumotoracica può dunque stabilirsi così:

« Qualunque malattia tubercolare, purchè si « riscontri ad un sol polmone, deve essere cu- « rata col pneumotorace artificiale, subitochè « tenda ad invadere, aggravare o diffondersi, « malgrado qualsiasi altra cura e quando non « siano dominabili le tossi-bacterioemie tuber- « colari o associate e le discrasie citolitiche, « ovvero quando per ragioni meccaniche, come « nelle forme *cavitarie* essa tenda a perpetuarsi, « nonostante ogni mezzo ».

La *unilaterale attività* delle lesioni tubercolari è condizione necessaria, perchè è necessario assicurarsi della sufficienza del polmone libero o vicariante di fronte alla plus-richiesta di lavoro respiratorio e circolatorio durante la cura.

E poichè questa sufficienza non può essere infinita ed è sempre ignota, malgrado anche l'apparente indennità del polmone libero; dal primo all'ultimo rifornimento, si può compromettere l'efficacia del trattamento, mediante una inadatta regolazione della cura.

V. — *La regolazione della cura.*

La regolazione della cura deve proporsi di *ottenere con la minor compressione possibile il collabimento perfetto ed assoluto del polmone,*

l'abolizione della sua funzione, senza compromettere la sufficienza del polmone vicariante.

La regolazione della cura è l'unica vera tecnica del trattamento, pure non dissimulandomi i pericoli, che per la tecnica manuale pendono, sul capo dei dotti e degli indotti, dal primo all'ultimo rifornimento.

E poichè la regolazione della cura richiede il più vigile e cauto magistero clinico rispetto *a tutti indistintamente i sistemi* dell'economia, io non dovrò avanti a voi, o miei Maestri, che accennarne i capisaldi.

1° L'azione curativa del pneumotorace incomincia, quando la compressione diviene efficace sul polmone, vale a dire, quando il pneumotorace ha superato gl'impedimenti pleurogeni e pneumogeni (aderenze pleuriche, rigidità polmonare), che impediscono il collasso. Durante questo tempo il pneumotorace ha un'azione pleuropneumolitica.

2° L'azione pleurolitica si esercita distaccando le aderenze, o distendendole, così che il polmone, o si situi liberamente nel collasso, o collabisca *in sito,* obbligato dalle aderenze irresolubili; il polmone può anche andare a collabimento *sulle aderenze distese.*

3° L'azione pneumolitica si esercita, inducendo nel tessuto capace di deformarsi modificazioni intese a circoscrivere e a serrare i focolai meno compressibili — azione indiretta sulla densità dei focolai — collasso *marginale al focolaio.*

4° Queste due azioni possono essere complete o incomplete, a seconda che permettano un collasso completo o incompleto.

5° Oltre il collasso completo e assoluto, io ho descritto un collasso incompleto o relativo collasso però sufficiente, poichè i risultati clinici immediati possono ottenersi prima che si ottenga, o quando non sia possibile ottenere il collasso completo. La probabilità di guarigione in quest'ultimo caso è minore, ma non esclusa.

6° Il primo fatto accertabile fisicamente e radiologicamente è l'immobilità del polmone; il collasso assoluto si effettua in secondo tempo. Questo può essere mantenuto anche, quando il polmone riprenda una parte del suo volume. Al di là di questo limite, riducendo la massa del viscere, il polmone è ipercompresso.

7° Procedendo nella cura, la compressione ottima di collasso assoluto è talvolta minore che in principio, poichè sono state già superate le impedenze pleuro-pneumogene. La compressione può ridursi allora, senza tema che il polmone si riespanda.

8° È erroneo adunque il dire che sia necessario conservare la compressione uniforme; ciò che deve essere invece uniforme è il collasso ottimo, raggiungibile con la compressione minore, adatta allo scopo. Questo collasso ottimo si conserva, conservando al polmone il volume al radioscopio sufficiente, perchè la mobilità e la funzione sia soppressa.

9° Da questi e da altri fatti si deduce che l'azione del pneumotorace è misurata dal volume raggiunto da questo, mentre spesso la pressione diminuisce sensibilmente, tostochè si guadagna di spazio.

10° La soppressione della funzione del polmone in cura deve essere graduale: cioè proporzionale alla possibilità, che si attribuisce al polmone opposto, di mettere in essere le sue riserve. L'adattamento al plus-lavoro respiratorio e circolatorio non può essere in quest'ultimo, che graduale e relativamente lento, tanto più quanto le aree di tessuto normale siano in esso ridotte, per focolai sclerotici o meno, o per enfisema vicario preesistente.

L'iperfunzione eccedente del polmone vicariante basta sovente da sè sola a riaccendere focolai ritenuti spenti e spesso con esiti letali.

Ogni inadempienza nella regolazione della cura o è un pericolo o è un danno e gli esiti, che ne derivano, possono essere frequentemente letali.

11° Il collasso incompleto o ineguale mette (anche per una delle leggi del Forlanini) in condizione il polmone, di diffondere le lesioni dalle sezioni più compresse alle meno compresse e le disseminazioni nell'altro lato, per via *ematogena, linfogena, pneumogena,* non sono infrequenti.

12° Questa triplice disseminazione può aversi ancora, sia per le brusche compressioni, che detensioni del polmone in cura; le une e le altre possono essere causa (o per pulsione o per aspirazione in circolo di prodotti del focolaio) di dar luogo a scoppî di sensibilità specifica analoghi ai fenomeni tubercolinici, e come quelli possono risvegliare processi tubercolari latenti nel polmone opposto, o in altri visceri e sistemi.

13° Anche durante la cura più cauta queste oscillazioni del regime di assorbimento dal focolaio debbono avvenire, prima di avere ottenuto un collasso ottimo definitivo; poichè in questo periodo si osservano spesso, in quei casi, che io definisco di collasso instabile, delle cadute del peso, che si accoppiano o meno a periodi d'oscillazioni termiche e che non trovano altra ragione di spiegazione e cessano in prosieguo. A questa spiegazione concorda il fatto,

che questi fenomeni non si osservano per lo più in soggetti, per così dire, già *allenati alle cure con materiali specifici* e quindi ad essi meno sensibili.

***

Molto avrei da dire ancora della regolazione della cura, che è ragione del metodo, sicurezza dell'infermo. In essa si giudica la capacità del pneumotoracista. Ma urge dire qualche cosa della regolazione della cura *nella pleurite omolaterale al pneumotorace.* È una contingenza assai frequente; basti ricordare alcune cifre: 41 % su 88 casi di Brauer e Spengler; 33 % su 33 casi di Saugman e Hansen; 50 % su 60 di Ziegler; 30 % su 71 di Weinstein; 50 % su 40 di Schröder, ecc.

Il Muralt ritenne recentemente questa complicanza come favorevole, perchè dà luogo a « raggrinzamenti colossali ».

Io mi permetto di essere, con suo permesso, di parere opposto proprio per la medesima ragione.

Sono queste pleuriti vere, lo confermò poco fa Arthur Mayer « insorgenti in pneumotoraci molto grossi, che durano da molto tempo ». Però sonvi dei pneumotoraci molto grossi, che durano da molto tempo, senza raggiungere distensioni molto forti e senza versamento e sonvi dei pneumotoraci piccoli e recenti, ma esercitanti una forte distensione intrapleurica, che si riempiono subito d'essudato. Le pleuriti tardive in pneumotoraci voluminosi decrescono spesso con la detensione del pneumotorace, aumentano con l'aumento di pressione, che vi si provoca. Io ho osservato che molti di questi versamenti crescono e diminuiscono con la pressione. Io intendo riferirmi qui ai versamenti per così dire idiopatici, bruschi o lenti, febbrili o no, ma niente affatto legati a cause reumatizzanti (Forlanini), ad infezioni portate artificialmente *ab estrinseco* o *ab intrinseco,* tubercolari o non tubercolari, come classifica A. Mayer.

Accetto che questi versamenti idiopatici siano tutti tubercolari, o almeno contengano bacilli di Kock, comunque dimostrabili; accetto la coefficienza delle reazioni pleuriche alle punture, della stimolazione dell'N sulla sierosa, delle pleuriti latenti o pregresse che si riaccendono.

Io voglio richiamare l'azione della distensione sul contenuto pleurico, perchè illumina il contegno della regolazione della cura.

Un lavoro anatomico di George Fetterolf e di Landis (*Amer. Journ. of Med. Sc.,* novembre 1909) dimostra che i versamenti dei cardiopazienti derivano, non già da compressione del cuore sulla vena azygos, discosta e ricca di infinite anastomosi, ma sulle vene polmonari, sulla circolazione che attraversa l'ilo, più esposto alla compressione cardiaca.

Ora questa genesi invoco nel caso dei versamenti in pneumotorace, nel quale la deformazione del polmone s'infrange nella parte fissa dell'organo, su quella che gli AA. chiamano *ligamentum latum pulmonis,* sul *carrefour* vascolare endopolmonare e la deformazione polmonare pel pneumotorace è enorme.

Nel pneumotorace la cauta regolazione della distensione pleurica vidi sempre risparmiare versamenti, almeno quelli voluminosi e persistenti.

Dal mio concetto deriva:

1° fare attenzione agli sproporzionati aumenti inesplicabili della pressione pleurica, essi precedono spesso l'accertamento della pleurite;

2° alla sproporzionata caduta della pressione a versamento accertato; spesso il liquido cresce e abbassa il diaframma;

3° lasciare che si ottenga l'autoregolazione dei volumi fra liquido, che cresce o rimane e gas che non s'assorbe, a sierosa ammalata; questo talora basta agli scopi della cura;

4° regolare, quando i disquilibri sono notevoli, la pressione pleurica e disporre la toracentesi-rifornimento con mezzi, che non diano sbalzi di compressione polmonare.

Nel mio libro ne ho già detto abbastanza a proposito del mio apparecchio costruito con questo concetto.

Io concordo col Morelli in quanto espose nel nostro precedente Congresso; non è giusto permettere che il liquido inondi tutto il cavo pleurico e sostituisca il gas.

Io propongo che, pure lasciando che ciò avvenga per alcun tempo, anche qualche mese, si debba alla fine cautamente sostituire per quanto si può al liquido il gas, nella speranza che quello tardivamente non si riformi.

(*Continua*).

Il fascicolo di febbraio 1915 della nostra Sezione Medica conterrà i seguenti lavori:

1. Prof. V. PENSUTI. *Sulla vaccino-terapia del tifo.*
2. Dott. C. MORESCHI. *Sindrome emorragica acutissima e setticoemia diplococcica.*
3. Dott. LUIGI MANGINELLI. *Importanza diagnostica e patogenetica della ricerca radiologica nell'ulcera duodenale.*

SUNTI E RASSEGNE.

OSTETRICIA.

Gravidanza extrauterina.

Etiologia (HOEHNE O. *Jahresk. f. ärzt. Fort.*, Juliheft, p. 4).

Forme anatomiche e cliniche. (R. PILATTE ed E. VIGNES. *Gazette des Hôpitaux*, n. 4, p. 693).

Anche oggidì l'uovo umano dall'uscita dal follicolo di Graaf fino al suo annidamento rimane una « quantità ignota ». Normalmente l'uovo fecondato raggiunge proprio nell'utero la sua maturità di annidazione ossia la proprietà di aggredire i tessuti materni, liquefarli ed annidarvisi. Secondo l'opinione generale l'uovo fecondato scava i tessuti materni là dove appunto si trova al momento della sua maturità di annidazione: se dunque non ha raggiunto l'endometrio si ha una gravidanza ectopica.

Poichè l'uovo, fecondato o no, non ha movimento spontaneo, la sua traslazione è dovuta all'epitelio vibratile: ma a questa traslazione possono opporsi *ostacoli lungo le vie di conduzione* (fusioni di pliche della mucosa tubaria, diverticoli intramuscolari del lume tubario — più raramente avvolgimenti o torsioni del canale tubario, i quali non portano di necessità all'impermeabilità della tuba — e, in via del tutto eccezionale, fibromi o polipi tubarî) o *deficienze delle forze fisiologiche di trasporto.*

Fusioni di pliche della mucosa tubaria, a focolai circoscritti o estesi, interessanti la base, o l'orlo o tutta la plica si verificano in prevalenza nell'ampolla e nel terzo medio della tuba mentre son rarissime nell'istmo e nella porzione intesrtiziale e rappresentano per lo più esiti di processi infiammatorî spenti.

I diverticoli intramuscolari del lume tubario, raramente congeniti, sono frequente conseguenza di infiammazione, ma sopratutto di suppurazione della salpinge che può portare ad una complicata canalizzazione, quasi a labirinto, estesa nella sottomucosa e fino nella sierosa e nel mesosalpinge. Tali diverticoli sono più frequenti nella porzione istmica che nell'ampolla.

In conclusione ambedue le alterazioni — fusioni di pliche, diverticoli — sono frequenti e caratteristici segni di pregresse infiammazioni, quelle prevalenti nell'ampolla, questi nell'istmo, mentre il terzo medio della tuba presenta ambedue gli ostacoli: e ciò si deve alla struttura anatomica giacchè la parete tubaria nell'ampolla è sottile e poco provvista di muscolatura, mentre nell'istmo è spessa e ricca di fibre muscolari.

Una suppurazione della salpinge nella sezione ampollare invade raramente lo strato muscolare, mantenendosi invece superficiale: ma se si approfonda, ne segue un'estesa fusione di tessuti e un'adesione della pliche da far apparire, ad una sezione, il lume tubario come un cribro a maglie variamente larghe. Se poi la suppurazione prevale nell'istmo, che è privo di pliche, si formano piccoli o grandi ascessi che o per distruzione della muscolatura guariscono *in situ* o si rompono nel lume tubario, raramente verso la sierosa.

Le infiammazioni capaci di produrre i suddetti ostacoli sono la blenorragia, la tubercolosi, la salpingite puerperale purulenta dopo parti o aborti, la frequente salpingite suppurativa dovuta a pessarî intrauterini anticoncezionali o a lavande non asettiche ed infine l'appendicite, causa non rara di suppurazione tubarica unilaterale ed anche bilaterale.

Le precedenti considerazioni spiegano perchè la gravidanza tubaria sia più frequente nell'ampolla che dev'esser percorsa per prima e perchè nella gravidanza ampollare l'esito in rottura interna della sacca fetale e in aborto tubario sia più frequente della rottura della parete tubaria, mentre questo è l'esito ordinario della gravidanza istmica: e la zona di passaggio, cioè il terzo medio della tuba, presenta ambedue gli esiti all'incirca con pari frequenza.

* * *

Non di rado però manca ogni segno di infiammazione in atto o pregressa. Si parlò di alterazioni dell'epitelio vibratile, ma questo, perfino nelle gravi infiammazioni, resiste invece inalterato. Piuttosto alcune tube, e precisamente le ipoplastiche (Hoehne), mostrano una deficiente vibrazione dell'epitelio ed anzi tanto minore è l'energia di vibrazione quanto maggiore è l'arresto di sviluppo. Una tuba arrestatasi allo sviluppo infantile presenta un epitelio vibratile che non ha l'energia sufficiente al trasporto d'un ovulo e tale deficienza va crescendo dall'ampolla verso l'utero sicchè nell'istmo può addirittura mancare l'epitelio ciliato: è evidente che in tale tuba l'ovulo fecondato si arresta là dove finisce l'epitelio vibratile e, appena capace di nidazione, s'impianta al punto di arresto.

I più importanti fattori etiologici della gravidanza tubaria sono dunque la salpingite purulenta con le importanti sue alterazioni del lume tubario e la ipoplasia della tuba con la sua conseguente insufficienza dell'epitelio vibratile. Naturalmente se si sommano i due fattori la gravidanza tubaria si avrà quasi inevitabilmente.

*
* *

Le rimanenti forme di gravidanza ectopica sono rarissime. La gravidanza ovarica si può comprendere solo supponendo che il nemasperma abbia fecondato l'ovulo o nel follicolo scoppiato o appena uscito da questo e che l'ovulo venga trattenuto da una plica della superficie così spesso irregolare; e così può supporsi per l'impianto dell'uovo sulla fimbria ovarica e sull'infundibolo: eccezionalmente può avvenire che l'ovulo fecondato cada in una tuba accessoria o nel cavo del Douglas o che, sospinto dalla peristalsi intestinale, prenda sede nella cavità peritoneale più o meno lungi dall'apparato genitale. Certo tali eventualità sono molto rare perchè solo pochi nemaspermi possono raggiungere il cavo peritoneale dove poi vengono distrutti entro poche ore per fagocitosi, mentre essi sopravvivono ben più a lungo nell'utero o nella tuba. Tuttavia da questi casi risulta che l'uovo fecondato non abbisogna di un terreno preparato per l'annidamento, ma può impiantarsi *dovunque* esso si trovi al momento in cui ha raggiunto la maturità di annidamento.

*
* *

Circa la tuba non gravida dell'altro lato e la sua grande importanza come fattore etiologico di nuova gravidanza extrauterina, sono discordi le opinioni se debba o no asportarsi insieme con la tuba gravida. Prescindendo dal caso in cui lo stato quasi esangue della paziente esiga una limitazione della operazione, sì da non permettere di perder tempo ad esaminare ed eventualmente asportare l'altra tuba, l'esame della tuba non gravida può dare reperti tali da indurre o no alla sua rimozione.

Una tuba di aspetto normale, con ostio addominale pervio può esser benissimo lasciata, mentre una tuba che presenti evidenti segni di pregresse infiammazioni, che sia impervia, con molte aderenze e torsioni può esser predisposta a nuova gravidanza tubaria ed è meglio asportarla. Si può, è vero, procedere anche ad una plastica per render beante un ostio addominale chiuso nella tuba non gravida: ma poichè spesso tale chiusura è secondaria a pregresse infiammazioni, non si può evitare il pericolo che le condizioni dell'interno della tuba così operata (fusioni di pliche, diramazioni del lume tubario) sieno poi ugualmente predisponenti ad una nuova gravidanza ectopica.

Naturalmente l'operatore si lascia più facilmente indurre all'asportazione dell'altra tuba e cioè alla sterilizzazione della paziente se questa ha già figli e non è più troppo giovane o viceversa.

*
* *

È sempre difficile, nonostante i progressi nella semiologia, riconoscere una gravidanza tubaria sopratutto nelle forme larvate e prima che un clamoroso quadro clinico la renda evidente.

I. — Anatomia della gravidanza tubarica iniziale.

a) Sede: *interstiziale;* eccezionale, evolve presto o verso la rottura o verso l'aborto o verso la gravidanza uterina angolare.

Id.: *istmica;* più rara della ampollare (15 %), giunge presto all'*apoplessia ovulare,* stadio iniziale delle altre complicazioni (ematosalpinge, aborto tubario, rottura) per lo più entro le prime 8 settimane: in genere l'uovo fa scoppiare la tromba tanto più presto quanto più presso l'utero trovasi impiantato e dà notevoli emorragie (Pinard).

Id.: *ampollare;* la più frequente (75 %), conduce per lo più all'ematosalpinge donde poi o una rottura secondaria o un aborto tubario capace peraltro di provocare un'inondazione peritoneale quasi altrettanto grave quanto quella da rottura.

Id.: *infundibolare;* primitivamente rara, spesso dovuta a distensione del padiglione per una gravidanza ampollare ed evoluzione dell'uovo verso l'ostio addominale. Pure in via eccezionale l'uovo può impiantarsi sul padiglione o su una delle frange o su padiglioni accessorî. Il padiglione tende a chiudersi più o meno presto, per un meccanismo simile a quello delle salpingiti (agglutinazione delle fimbrie, tumefazione del rivestimento peritoneale).

b) Aspetto macroscopico. Tromba tumefatta, enorme, rossa, a parete friabile, se non già rotta, nel qual caso vi è sangue diffuso in maggiore o minor quantità nel peritoneo, più raramente nel legamento largo. Se ancora integra raggiunge (verso 1 mese e 1/2 o 2 mesi) la grossezza d'un uovo di gallina e contiene o un coagulo o del sangue liquido: spesso la tuba è torta su sè stessa quasi a spirale (segno d'infantilismo, secondo alcuni, e quindi di predisposizione alla gravidanza tubaria) o altrimenti malformata, a pareti sottili (sopratutto là dove s'impianta l'uovo e dove esiste maggior predisposizione alla rottura), aderenti agli organi vicini. Il volume può giungere a quello di un utero a termine di gravidanza, ma in questi casi la gravidanza era già divenuta addominale.

Il contenuto può essere o l'uovo intatto, o un coagulo, o del sangue nerastro denso. Se l'uovo è intatto somiglia ad un uovo normale, aderisce solo parzialmente ala tuba che nelle prime 12 settimane resta permeabile. Più spesso la tuba

contiene un coagulo, aderente in **un sol punto**; tale reperto può lasciar dubbio diagnostico, salvo conferma microscopica dell'esistenza di tessuti ovulari.

c) ANATOMIA MICROSCOPICA: *a distanza dal sacco fetale;* poche modificazioni, lieve ipertrofia vasale, qualche ipertrofia delle cellule connettivali rotonde e fusiformi, più apprezzabile nei pressi del sacco fetale, ma non così netta da poter affermare l'esistenza di una gravidanza tubaria;

in vicinanza del sacco fetale; modificazioni sempre più nette e tanto più evidenti quanto più avanzata è la gravidanza. Frange tubarie ipertrofiche che tendono a incastonare l'uovo e ipertrofia connettivale con diffusa infiltrazione leucocitaria: fenomeni che somigliano un po' a quelli della reazione gravidica dell'endometrio nella gravidanza uterina, ma senza la scomparsa dell'epitelio e a zone limitate, irregolari;

sullla zona d'inserzione dell'uovo; scomparsa dell'epitelio tubario, assenza di qualunque strato che somigli alla caduca uterina, infiltrazione leucocitaria diffusa, penetrazione a tutto spessore dei villi placentari dell'uovo perfino nello strato muscolare con lacerazione delle fibre muscolari stesse, donde la diminuzione di resistenza e di spessore della parete e la facile predisposizione alla rottura in quel punto: rottura che poi è resa più agevole da piccole apoplessie interstiziali sia tra l'uovo e la parete, sia nella parete stessa;

sulla regione libera dell'uovo alcuni autori ammettono una riflessa d'origine tubaria, altri no.

d) MODIFICAZIONI A DISTANZA NELL'APPARATO GENITALE. L'utero cresce di volume nei primi 3 mesi poi resta fermo, con cavità di 12-14 cm., dal 4° mese in poi: corpo molle e pastoso, collo molle, ma meno che in una gravidanza uterina. Queste modificazioni sono tanto più evidenti quanto più vicino all'utero trovasi impiantato l'uovo. Si produce una reazione della mucosa uterina simile a quella di una gravidanza normale e la caduca così formata viene espulsa o all'inizio della gravidanza o più tardi fino al momento del falso travaglio.

L'ovajo, appiattito e deformato dal tumore ectopico, presenta persistenza del corpo luteo ipertrofico identico a quello d'una gravidanza normale e spesso lesioni cistiche più o meno spiccate e tanto frequenti da far sorgere il dubbio se non rappresentino un momento predisponente sia all'inserzione viziosa dell'uovo, sia all'interruzione precoce della gravidanza. Talvolta il corpo luteo trovasi nell'ovajo del lato opposto. La tromba del lato opposto si modifica come in una gravidanza uterina (ipertrofia vascolare con proliferazione del tessuto connettivo infiltrato **di cellule migratrici**).

II. — EVOLUZIONE ANATOMICA.

Per lo più la gravidanza tubaria s'interrompe precocemente con varî esiti che verremo qui sotto esaminando: solo eccezionalmente si giunge presso al termine.

a) L'APOPLESSIA OVULARE, versamento sanguigno intra o extraovulare dovuto sia ad apertura di vasi perforati da villi placentari, sia ad apertura di seni materni non più otturati dai villi che, per l'insufficiente spessore della parete, sono mal nutriti e si atrofizzano. L'apoplessia intraovulare può esser limitata e riassorbirsi: l'extraovulare produce spesso la rottura capsulare interna e quindi il primo stadio dell'ematosalpinge.

b) L'EMATOSALPINGE, che può raggiungere il volume d'una testa fetale e che talora si apre un piccolo orificio per il quale una lieve quantità di sangue passa nel Douglas, è formata da miscuglio di sangue rosso-nerastro più o meno coagulato in mezzo al quale vi è un coagulo aderente in un sol punto attorno ai resti della placenta: è dunque un vero « aborto con ritenzione » che può aver esito o in aborto, o in rottura o in riassorbimento; e in quest'ultimo caso ne resterà una cicatrice intratubaria, limitata.

c) L'ABORTO TUBARIO, ossia l'espulsione dell'uovo o dei suoi residui attraverso gli orifici tubarî. Rarissimo e mal conosciuto è l'aborto attraverso l'orificio tubo-uterino: più frequente è l'aborto tuboaddominale, proprio delle gravidanze ampollari, che può verificarsi anche con un uovo di 25 mm. (4-8 settimane) e si accompagna con emorragia venosa, capace di produrre un ematocele incistato, ma talora anche una lenta inondazione peritoneale.

d) LA ROTTURA TUBARIA è il più grave degli esiti della gravidanza ectopica. Si produce nei primi mesi (4-12 settimane) raramente più tardi ed è primitiva, con sede nell'impianto placentare, o secondaria e può allora prodursi dovunque; per lo più unica, trovasi nella porzione sottoperitoneale della tuba e solo se eccezionalmente la placenta sia inserita sulla parete inferiore della tuba, questa può rompersi tra le pagine del legamento largo. Avvenuta la rottura il contenuto sfugge attraverso la breccia e, nei casi rari in cui il feto resta vivo, l'uovo può impiantarsi secondariamente sul peritoneo oppure può restare la placenta inserita nella tuba e il cordone traversare la breccia e andare al feto fuoruscito. Ma per lo più si produce o un ematocele incistato o un'inondazione peritoneale.

e) EMATOCELE INCISTATO. Si forma se il versamento sia scarso e poco rapido e preesistano aderenze periannessiali. Il sangue si versa per lo più nel Douglaus (ematocele retrouterino) o — se questo sia chiuso da pregresse aderenze — sia ai lati, sia nello spazio vescicouterino, talora nello spessore del legamento largo (rottura nella parete inferiore) e di qui in varie direzioni — legamento largo dell'altro lato, fossa iliaca, fossa ischio-rettale — o anche si trasforma da sottoperitoneale in intraperitoneale attraverso breccie secondarie. Il contenuto è sangue nerastro, più o meno coagulato, dove è difficile trovar vestigia di uovo o di feto, a meno che la gravidanza non abbia superato 10 settimane. Le pareti della raccolta sono formate dagli organi circostanti (retto, utero, vescica, legamenti larghi, intestino, epiploon) aderenti e più o meno spostati dall'ematocele. L'ematocele può lentamente riassorbirsi dopo più mesi, se è scarso; o suppurare ed aprirsi all'esterno (nell'intestino e più di rado sulla parete addominale, nella vescica, nell'utero, nella vagina).

f) INONDAZIONE PERITONEALE. Il sangue può riempire tutta la cavità addominale fin sotto il diaframma: è in parte coagulato, a coaguli molli, friabili, in quantità variabile (persino 4 litri!) ed è possibile trovarvi, liberi o parzialmente aderenti alla tromba, placenta e cordone, embrione o residui fetali.

g) EVOLUZIONE DELLA GRAVIDANZA FIN PRESSO AL TERMINE, sia restando ampollare, sia divenendo secondariamente peritoneale. Anche qui le pareti della sacca fetale son costituite dagli organi circostanti aderenti e spostati. L'esito è sempre la morte del feto (salvo i casi d'intervento) e la sua ritenzione che può durare anche molti anni senza inconvenienti, dando luogo a modificazioni fetali — lithopedion, mummificazione, ecc. —; oppure la raccolta può infettarsi e produrre sia una peritonite generalizzata, sia una perforazione, per lo più nel retto, come nel caso dell'ematocele.

III. — FORME CLINICHE.

La gravidanza ectopica si osserva più spesso in pazienti che soffrirono già nell'apparato genitale. Nelle gravidanze iniziali mancano segni patognomonici prima del 5° mese. Poca o niuna importanza hanno i fenomeni simpatici o le modificazioni mammarie; maggior valore hanno invece due sintomi: i dolori e le modificazioni mestruali.

La gravidanza ectopica è quasi sempre dolorosa, salvo proprio all'inizio: i dolori compaiono con metrorragie ed hanno sede da un lato del bacino, irradiantisi in varie direzioni, ora come semplice peso, ora come vere coliche più o meno simili a dolori da aborto o a coliche salpingee, nefritiche, appendicolari, con tenesmo rettale o vescicale, con impossibilità a giacere su un lato.

Le modificazioni mestruali sono d'importanza capitale. Per lo più dopo un ritardo di 2 a 6 settimane compaiono perdite che simulano una mestruazione, spesso dense, nerastre (color cioccolato o rugginoso) o sierose. Raramente si ha ritorno mestruale normale o perfino anticipato, con durata però esagerata o seguìta da emorragie atipiche. In ogni caso non si hanno quasi mai mestrui regolari, ma emorragie variabili per epoca, durata e quantità. Spesso si ha l'espulsione d'una caduca con perdita e dolori da somigliare ad un aborto (corrisponde infatti all'aborto tubario), sebbene non si possa escludere trattarsi di dismenorrea membranosa.

Scarsi i segni obbiettivi: difficilmente constatabile la sacca fetale nei primi 2 mesi, poco netto il rammollimento del collo uterino, scarsamente ipertrofico e rammollito il corpo, assente il segno di Hegar. L'utero è per lo più deviato in avanti e da un lato e talvolta si percepisce la tumefazione annessiale (tromba gravida), ma più spesso si avverte un impastamento a limiti indistinti, prevalente da un lato. Dopo il 2° mese è più percepibile il tumore annessiale che si trova cresciuto (mentre l'utero è di poco aumentato) non contrattile (come invece l'utero): anche l'esplorazione rettale può coadiuvare la diagnosi.

Occorre astenersi, anche per il dubbio di una gravidanza uterina, da cateterismo uterino, da isteroscopia o da raschiamento esplorativo e diffidare della colpotomia — anteriore o posteriore — raccomandata testè a scopo diagnostico dal Rouffart.

È possibile l'errore diagnostico con piccole cisti ovariche, con idrosalpinge, con piosalpingi subacute o croniche, con ascessi freddi della tuba, con fibromi del corno uterino o del legamento largo, specie se queste affezioni coesistono alla gravidanza ectopica. È pure difficile la diagnosi differenziale con una gravidanza angolare o con una retroversione di utero gravido.

Per lo più la gravidanza s'interrompe nel 1° trimestre sia coll'aborto che colla rottura. Se la paziente sfugge a questi accidenti, a gravidanza più inoltrata — dopo il 5° mese — i sintomi sono più netti e una relativa calma è subentrata. Scompaiono i disturbi simpatici, il ventre è sollevato da un tumore irregolare, laterale, coperto da parete addominale liscia e tesa (non somigliante al classico tumore d'utero gravido) che lascia sentire, alla palpazione, le parti fetali anche più nettamente che in una

gravidanza uterina. Sembra una sacca liquida, poco tesa, non contrattile; al suo fianco l'utero più piccolo, mobile, contrattile, raggiunge (nelle gravidanze ectopiche presso al termine) il volume di 3 mesi di gravidanza. L'ascoltazione fa percepire un soffio continuo insieme col battito cardiaco fetale. Il collo è molle, spostato da un lato, spesso permeabile al dito. La radiografia può in questi casi confermare la diagnosi specie se si è introdotta precedentemente una sonda metallica nell'utero.

Pure in questo periodo è facile scambiare la gravidanza ectopica con una uterina o viceversa: difficilissima è poi la diagnosi differenziale nella vivente tra gravidanza tubaria e altre forme di gravidanza ectopica le quali, se sorpassano il 5° mese, evolvono verso la forma addominale.

Importa al medico legale tener presente: la confusione tra gravidanza ectopica e gravidanza uterina, specie se l'espulsione della caduca può far credere ad un aborto: e la confusione tra sindrome di inondazione peritoneale e grave avvelenamento.

Talora verso il 7°-8° mese o più spesso a termine si ha un falso travaglio, durante il quale un'opportuna laparotomia può far estrarre un feto vivo, ma non sempre vitale e sovente deforme. Tuttavia, se la diagnosi non era stata fatta, si può credere d'aver a fare con un parto normale e attendere: in tal caso, dopo un certo tempo, il feto muore e la donna passa allo stato di «ritenzione». Il collo uterino, durante il falso travaglio, si dilata e diviene permeabile al dito che può constatare la vacuità dell'utero.

RITENZIONE. Dopo la morte del feto, in qualunque epoca, si produce una lieve portata lattea. La donna non avverte più i moti attivi fetali, i mestrui tornano regolari per lo più dopo 2 mesi (ciò che non avviene in caso di morte del feto nell'utero). Il tumore fetale decresce, per 2-6 settimane si avverte il ballottamento fetale: più tardi si sente il crepitìo delle ossa del cranio che si accavallano. Circa un mese dopo la morte del feto scompare anche il soffio materno e poco più tardi si ha la completa involuzione dell'utero già ipertrofico. Ma il contenuto, come abbiamo detto, può infettarsi con tutte le conseguenze e gli esiti su riferiti.

*
* *

FORME CLINICHE COMPLICATE. Raramente si osservano in clinica casi chiari e tipici: per lo più l'affezione evolve subdola e insidiosa nelle prime 4-8 settimane per rivelarsi d'improvviso con una complicazione (apoplessia ovulare, ematosalpinge, aborto, rottura) a caratteri clinici oscuri.

Una donna con passato genitale compromesso, dopo ritardo di 8 giorni a 1 mese, vede comparire perdita di sangue nerastro seguìta, qualche giorno più tardi, da brusco e violento dolore a un lato del basso ventre, con vomito, lipotimia, tachicardia e ipotermia. Lo scarso reperto obbiettivo locale (collo leggermente rammollito, fornice posteriore dolente, eccezionalmente una tumefazione liscia, dolente, a lato dell'utero) può trarre in inganno verso una diagnosi di idrosalpinge, o di salpingite cronica con lateroversione uterina, mentre trattasi per lo più di aborto tubario. La coincidenza dell'emorragia con l'epoca mestruale, senza ritardo, può far credere perfino trattarsi di semplice dismenorrea.

Se però queste crisi si ripetono, con intensità crescente, la reazione addominale non consente un esatto esame (se non sotto narcosi) e da questo si può riconoscere l'esistenza, nel fornice posteriore, di una massa tondeggiante, immobile, profondamente fluttuante, non soverchiamente dolente (come in una salpingite). I dolori e la febbre potranno far pensare all'appendicite; ma, in questa, prescindendo dalla coincidenza delle due affezioni, il dolore è più alto, risvegliato più dalla mano esterna e mancano le perdite di sangue brunastro. Potrebbero anche simulare tali sindromi le cisti dell'ovaio torte sul peduncolo, le coliche epatiche e più le nefritiche, le occlusioni intestinali.

Il caso più frequente si verifica quando, dopo varî *ictus* addominali, si ha relativa calma e formazione nel Douglas di una sacca sanguigna incistata con fenomeni di compressione nel piccolo bacino (tenesmo vescico-rettale, disuria, dolori pelvici e sacrali, stipsi simulante l'occlusione intestinale): le piccole crisi successive son dovute a screpolature della tromba seguìte da emorragie di modica gravità che però a lungo andare possono costituire una vasta raccolta abbracciante posteriormente l'utero, a forma di cuore di carte da giuoco i cui lati risalgono lungo le fosse iliache. Il corpo uterino respinto contro la sinfisi è talora così rialzato da venir a stento raggiunto dal dito. Dopo qualche giorno questa massa diviene dura, aderente, immobile, più o meno dolorosa. L'aumento di questa tumefazione è intermittente e varia ad ogni esame: talvolta anzichè nel Douglas può trovarsi in avanti dell'utero o ai lati. L'evoluzione tende per lo più al riassorbimento o alla apertura verso l'esterno (retto e più raramente vescica e vagina) previa infezione. La febbre peraltro non dimostra sempre suppurazione, giacchè si ha febbre anche per riassorbimento sanguigno. L'eliminazione all'esterno è lenta e può durar dei mesi: può complicarsi a setticemia e condurre a morte la paziente.

L'*inondazione peritoneale* è la forma più nota, costante nelle gravidanze istmiche, ma possibile anche in seguito ad aborto tubario con flusso sanguigno ininterrotto. Si ha una forma fulminante con segni di grave emorragia interna e forse con l'aggiunta di un vero *choc* anafilattico dovuto all'azione degli albuminoidi feto-placentari. La donna è colta da dolori addominali violenti, nausee, vomiti e sincopi ripetute; pallore estremo sopratutto del volto, pelle fredda, polso impercettibile e la morte può giungere in brev'ora, prima che si abbia il tempo d'intervenire. Più spesso però in seguito ad un lieve trauma — manovre abortive, salto, defecazione, coito, esplorazione vaginale — si ha una crisi dolorosa seguita dai segni di grave emorragia interna suddetti, ma di gravità un po' minore e tale da dar tempo a poter intervenire. L'inondazione può simulare una peritonite da perforazione, un'occlusione intestinale, la torsione del peduncolo d'una cisti ovarica o un avvelenamento; eccezionalmente l'emorragia può far pensare a una pancreatite emorragica, alla rottura della milza o ad un distacco placentare.

La *gravidanza intralegamentare* è una rara varietà della gravidanza tubaria rotta, difficile a differenziare da un flemmone o da un tumore del legamento largo; si accompagna a fenomeni peritoneali meno vivi e raramente evolve verso l'infezione se si trasforma in ematocele incistato. Può giungere spesso presso al termine di gravidanza.

La *gravidanza tubaria recidivante* non è molto rara (50 % e forse più): è invece molto più rara la *gravidanza tubaria gemellare*, sia in una tromba sola che in ambedue, sebbene la gemellarità sia proporzionalmente più frequente nella gravidanza extrauterina che in quella uterina. Più di frequente si verifica la *coesistenza di una gravidanza uterina e di una tubaria* che raramente giungono a termine: in questi casi la gravidanza tubaria coesistente ha sede più spesso a sinistra che a destra (2:1).

La *gravidanza uterina successiva ad una tubaria* non è rara: spesso s'interrompe con aborto o parto prematuro (27 %) e più di frequente nei casi non operati nella gravidanza tubaria che presentarono inoltre distocie per la vecchia cisti e tendenza all'infezione puerperale. Invece le donne che erano state operate ebbero poi gravidanza, parto e puerperio normali.

Gli esami del sangue (numerazione delle emazie, leucocitosi) per stabilire il momento opportuno all'intervento o per differenziare da un essudato infiammatorio, hanno fallito. Così pure hanno incerto valore il dosaggio dell'emoglobina, l'idrobilinuria, l'acetonuria. Un maggior valore sembra avere invece la reazione di Abderhalden nonostante sia ancora mal nota e non sembri assoluta.

PROGNOSI.

Sempre grave per la vita materna, tanto da dover considerare (Woerth) la gravidanza ectopica come un tumore maligno che deve sempre essere asportato. Anche la prognosi delle gravidanze successive è migliore nelle operate che non nelle altre. Per il feto la prognosi è poi gravissima perchè, pur nelle poche gravidanze ectopiche che giungono a termine o quasi, il feto nasce raramente vitale e spesso deforme.

U. ROLANDI.

MEDICINA.

Ricerche sulle prove d'eliminazione comparata dello ioduro e del lattosio per lo studio delle nefriti.

(WIDAL e VALLERY-RADOT. *Sem. méd.*, n. 28, 1914).

Quel che importa ognora nella pratica, di fronte ad un nefritico, è di stabilire non già la lesione anatomica dei reni ammalati, ma la capacità che essi hanno ancora di compiere la loro funzione epuratrice e la misura in cui sono compromesse le facoltà eliminatrici. Questione quindi d'indole fisiologica.

Già da alcuni anni il Widal, in collaborazione con lo Javal, ha stabilito che le sostanze, la cui ritenzione caratterizza l'insufficienza renale, sono principalmente due, i cloruri ed i corpi azotati, ed a seconda che si tratti di mancata eliminazione degli uni e delle altre si possono distinguere al letto dell'ammalato due sindromi, diverse dal punto di vista clinico, prognostico e terapeutico.

La ritenzione dei cloruri è causa di tuti i sintomi d'idropisia, quella dell'urea e dei corpi azotati può invece evolvere fino alla fine *a secco* con la comparsa invece delle manifestazioni più pericolose dell'intossicazione.

Lo Schlayer in questi ultimi anni ha proposto di distinguere le nefriti in tubulari e glomerulari, applicando alla patologia umana i risultati delle sue esperienze sugli animali, nei quali si può provocare a volontà una nefrite tubulare o vascolare.

Secondo quest'autore l'acqua si elimina esclusivamente attraverso i glomeruli, mentre i tubuli uriniferi sarebbero deputati all'eliminazione dei cloruri. A seconda quindi della lesione di una o dell'altra parte del filtro renale, si a-

vrebbe ritenzione di acqua o di cloruri. Le modificazioni in più o in meno che nei diversi stati delle nefriti subisce l'eliminazione di queste sostanze, vengono dall'autore tedesco spiegate da una iper-, ipo- od insensibilità dei glomeruli o dei tubuli.

Praticamente, essendo lo studio dell'eliminazione dell'acqua e dei cloruri troppo soggetto alla concomitanza di sudori, diarrea, vomito, lo Schlayer propone di usare per lo studio sostanze indipendenti da questi fattori, le quali si eliminano solo attraverso il rene; e precisamente il lattosio che, come l'acqua, è eliminato dai glomeruli, e lo ioduro di potassio che, come i cloruri, passa attraverso i tubuli.

Ma le idee dello Schlayer sono discutibili, pur prescindendo dalla teoria della maggiore o minore *sensibilità* dei glomeruli e dei tubuli, che resta una semplice ipotesi. Gran numero di ricerche infatti ha dimostrato oggi come tubuli e glomeruli concorrano entrambi nell'escrezione dell'acqua, ed i sali passino attraverso i tubuli totalmente od in gran parte. Bisogna dunque rinunciare allo stato attuale a fare *intra vitam* una diagnosi anatomica della lesione renale, e rivolgersi al quesito più pratico di stabilire come si compia l'escrezione dei vari gruppi di sostanze, che il rene ha il compito di filtrare, ed in particolare modo dei sali e delle materie azotate: si stabilirà così il lavoro del rene, si farà una diagnosi delle sue deficienze, e quindi si stabilirà, insieme con una prognosi ragionevole, una terapia vantaggiosa.

Gli AA. si sono proposti di assodare se l'eliminazione provocata del lattosio e dello ioduro di potassio fosse parallela con l'eliminazione fisiologica dei cloruri e dell'urea.

Due parole sulla tecnica. Si fanno ingerire all'infermo 50 centigrammi di joduro di potassio, e si raccolgono le orine ogni 3 o 5 ore. La ricerca dello jodio in queste si fa con uno dei tre metodi seguenti:

a) A 10 cmc. di urina si aggiungono 3 cmc. di cloroformio ed alcune goccie di acido nitrico: si agita e si deve avere una colorazione roseo-violacea.

b) A 30 cmc. di urina si aggiungono alcuni cmc. di cloroformio, quindi 2 cmc. di acido solforico e 1 cmc. d'una soluzione 0.2 % di nitrito di sodio: si agita e si deve avere una colorazione roseo-violacea.

c) Ad alcuni cmc. di urina si aggiunge acido nitrico e salda d'amido: colorazione bleu.

Le prime due prove vengono disturbate dalla presenza d'albumina, che dev'essere preventivamente precipitata per mezzo del reattivo di Esbach.

Per la prova del lattosio si iniettano nelle vene 80 cmc. di soluzione di lattosio al 25 % sterilizzata all'autoclave. Si ricerca lo zucchero nelle urine, che devono essere raccolte ogni ora, preferibilmente col reattivo di Nylander. La quantità di zucchero si dosa col polarimetro di Schmidt e Haench o col metodo di Bertrand; però in pratica non si tien conto che della durata delle eliminazioni.

Come dati applicabili ai *soggetti normali*, si può stabilire che l'eliminazione dello joduro si deve compiere tuttta in un tempo massimo di 60 ore, e quella del lattosio in un tempo massimo di 6 ore.

Dalle ricerche fatte nei nefritici dagli AA. risultano i dati seguenti:

Ricercando se esista un rapporto fra l'eliminazione dell'urea e dei cloruri e quella dello joduro di potassio essi hanno visto che questo parallelismo per l'urea si riscontra in circa 2/3 dei casi mentre che per i cloruri esiste quasi sempre, eccettuato qualche caso. Per stabilire la ritenzione dei cloruri, gli AA. hanno constatato la presenza di edemi ed in mancanza di questi hanno praticato la prova della cloruria alimentare.

Resta sempre il fatto che la prova dello joduro è *qualitativa* e non *quantitativa* e di fronte a quella della cloruria alimentare ha l'inferiorità di non permetere di stabilire il grado di ritenzione dei cloruri, necessario a conoscere nella pratica per stabilire un adatto regime ipoclorurato.

Si consideri poi che essa non è esente da pericoli più della prova della cloruria alimentare.

Non maggiore utilità gli AA. riconoscono alla prova del lattosio, per apprezzare la ritenzione dell'acqua specialmente quando si confronti coi servizi che può rendere quella assai più semplice e meno pericolosa della diuresi provocata, proposta da Vaquez e Cottet.

Cercando d'altro canto se esistesse un rapporto fra secrezione ureica ed eliminazione del lattosio essi hanno visto che questo parallelismo secretorio esiste solo in circa 2/3 dei casi.

Dalle loro ricerche quindi Widal e Vallery-Radot traggono la conclusione che le prove d'eliminazione provocate dello joduro e del lattosio possono indicare un'alterazione della permeabilità renale; ma non sovrapponendosi esattamente alle eliminazioni naturali, non svelano se esista ritenzione di cloruri o di corpi azotati, la qual conoscenza è di grande importanza per una diagnosi fisiologica ed una convenevole cura delle nefriti.

G. SABATINI.

Significato dei vari metodi di esplorazione funzionale del rene.

(CH. ACHARD. *Paris médical*, n. 22, 1914).

Il problema clinico della esplorazione delle funzioni renali ha provocato numerosi metodi di ricerca, a ciascuno dei quali è stato volta a volta attribuito un valore o superiore o inferiore agli altri per il fatto che non si tiene generalmente il dovuto conto delle condizioni in cui avviene la ricerca e del significato che le si deve attribuire.

L'eliminazione renale è la risultante fisiologica di influenze molteplici; e però la funzione del rene è intimamente legata allo stato ed alla funzionalità di altri organi la cui influenza occorre sempre tener presente.

Le ricerche oggi più in uso sono: quella della *eliminazione provocata*, e quelle immaginate da Ambard per determinare la *costante ureo-secretoria* e la *concentrazione massima* dell'urea.

La prova della *eliminazione provocata* si basa sul principio di introdurre nell'organismo una determinata dose di sostanza estranea (bleu di metilene, bleu di metilene e ioduro, ioduro e lattosio); e di ricercare dopo quanto tempo se ne comincia a constatare la presenza nelle orine, quanto dura l'eliminazione, che quantità totale di sostanza si elimina.

Nell'apprezzamento dei risultati intervengono quindi tre termini: la dose introdotta, la dose eliminata, il tempo che dura il passaggio della sostanza attraverso il rene; se perciò lo stato del parenchima renale costituisce senza dubbio il fattore principale, occorre anche tener presenti gli altri due fattori. Difatti i disturbi della circolazione, i versamenti delle sierose, gli ostacoli meccanici al deflusso dell'orina, le alterazioni patologiche in genere che diminuiscono la quantità di sostanza che può arrivare al rene o la quantità di liquido che deve portarnela via influiscono in modo indiscutibile sui risultati della prova.

La ricerca della *costante ureo-secretoria* si basa sul principio di sostituire ad una sostanza estranea uno dei principali componenti dell'urina cioè l'urea; ma poichè i termini del confronto restano gli stessi, permangono anche le cause possibili di errore; e l'importanza e l'esattezza della ricerca del rapporto costante indicato da Ambard diminuisce a misura che l'organismo si allontana dallo stato normale.

La difficoltà di raccogliere l'orina in modo completo anche usando il catetere, rappresenta una prima causa di errore quando, in casi di oliguria, una perdita, sia pure lievissima, può avere grande valore nel calcolo delle cifre. In secondo luogo la quantità di urea che entra nel rene per mezzo dei vasi di quest'organo è calcolata indirettamente dal dosaggio dell'urea nel sangue; se pertanto sopravvengono variazioni o alterazioni nella circolazione renale la cifra indicante il debito ureico ipotetico può essere assai differente dal debito, cioè dalla quantità di urea, reale.

Nei casi di oliguria assai pronunciata, la ricerca della *costante* perde il suo valore per il fatto che il rene, pur conservando la sua permeabilità, non può, per mancanza di acqua, disciogliere la quantità di urea che potrebbe lasciar passare e che perciò si accumula nel sangue; d'altra parte nella convalescenza di malattie acute accompagnate da poliuria, in alcuni febbricitanti, in alcuni tubercolosi, possono aversi costanti bassissime, essendo il tasso dell'urea nel sangue assai scarso e la eliminazione per le orine abbondante; inversamente di quanto avviene negli stadî avanzati della sclerosi renale nei quali la impermeabilità renale è rilevante e le cifre della *costante* sono invece in contrasto con il tasso elevato dell'urea nel sangue.

La ricerca della *concentrazione massima* dell'urea, è di una utilità clinica indiscutibile, poichè le sostanze che s'accumulano nell'organismo in conseguenza della diminuita permeabilità renale prendono una concentrazione più forte nel sangue ed il tasso dell'urea è quasi l'indicatore della ritenzione di altre sostanze dannose; ma effettivamente esso non dipende solo dalla eliminazione più o meno facile dell'urea attraverso il rene; bensì anche dalla quantità maggiore o minore che se ne forma sia per l'alimentazione sia per la disassimilazione dei tessuti. L'ineguale digeribilità degli alimenti, la diversa facoltà digestiva da individuo a individuo, la disassimilazione esagerata dei tessuti in taluni malati, esercitano quindi una influenza non trascurabile su la valutazione di questa ricerca.

I processi di cui disponiamo per l'esplorazione della funzionabilità renale meritano adunque tutta l'attenzione perchè forniscono indicazioni da cui la clinica può trarre gran partito; ma i dati numerici che si ottengono sono sempre approssimativi; e però è necessario interpretarli tenendo gran conto delle condizioni nelle quali le ricerche vengono praticate. L. GUIDI.

CHIRURGIA.

Lussazione abituale della rotula.

(D. M. GREIG. *Edinburg Medical Journal*).

La vera e propria lussazione traumatica della rotula è accidente raro e spesso di importanza minore di altre lesioni concomitanti: ma non è

di questo che l'A. si occupa: egli si propone di esaminare quella alterazione che è costituita dal semplice spostamento in fuori di una o ambedue le rotule e di indagare le condizioni nelle quali essa si produce.

Dalle condizioni anatomiche si potrebbe supporre che il prolungamento in alto della superficie articolare del condilo esterno, la sua forma relativamente pianeggiante rispetto a quella della superficie articolare del condilo interno e il fatto che il margine esterno della rotula realmente appare proiettarsi in fuori della articolazione costituiscono i momenti fondamentali che facilitano lo spostamento all'esterno, piuttosto che all'interno, del sesamoide. Ma assai più importante sembra all'A. il fatto che nella flessione completa (posizione nella quale appunto si produce la lussazione abituale) la faccia articolare del condilo interno sporge assai più in basso che non quella del condilo esterno. Ma evidentemente oltre a questi fatti anatomici è necessario qualcosa di più perchè si possa produrre la sublussazione.

Fra i dati anatomici va infine ricordato che la rotula è mantenuta *in situ* dalla capsula articolare e suoi legamenti, rinforzata dai prolungamenti dei varî tendini, e dalla tensione del quadricipite femorale.

In genere il paziente è in grado di avvertire il momento in cui la sublussazione si produce. Ciò avviene durante l'alzarsi in piedi, movimento che implica una rapida flessione ed estensione del ginocchio: il paziente avverte che il giuoco articolare di tanto in tanto si arresta ma con cura egli può facilmente riportarlo a una estensione completa, e, a un tratto, la rotula scatta nella sua posizione normale: alcuni si accorgono che la rotula era spostata all'esterno, altri solo che essa è ritornata al suo posto.

Non v'è difficoltà nella diagnosi differenziale dal così detto spostamento interno dell'articolazione femoro-tibiale perchè non v'è affatto questione di spostamento o lesione di un menisco. In questo caso non è possibile l'estensione completa, manca uno spostamento e un ritorno in posizione della rotula, e di regola la lesione è seguìta da un versamento sinoviale. Vero è che è stato frequentemente affermato che una lassità della capsula è causa predisponente dello spostamento rotuleo, ma l'A. dubita assai della fondatezza di questa ipotesi: se così fosse si dovrebbe avere tutte le volte in cui vi fu una lesione articolare seguìta da sinovite.

D'altro lato si è detto che lo spostamento della rotula trova il suo fattore predisponente nella deficienza di consolidamento dei legamenti nell'età giovanile: ipotesi questa che sembra trovar conferma nel fatto indiscutibile che la lesione nella grandissima maggioranza dei casi si inizia in giovani soggetti. Ma che cosa si intende per una lassità abnorme dei legamenti?

Sarebbe difficile, in vero, dimostrare che essi sono in alcune persone più distensibili, meno bene sviluppati che in altre, sempre, si intende, in proporzione dello sviluppo generale dell'individuo. È certo che in alcuni giovani v'è una libertà di movimenti articolari che manca in altri, ma non può dirsi che si tratta di una anormalità dei legamenti, ma piuttosto invece dell'articolazione *in toto*: evidentemente delle articolazioni così fatte sono più facilmente soggette a lesioni.

La rotula rimane in posizione in virtù di una capsula intatta, di un adeguato sviluppo del quadricipite, e della normale linea assiale e rapporti reciproci fra le ossa dell'arto. È osservazione quotidiana che ove l'asse dello scheletro sia alterato, come nel ginocchio varo accentuato, la rotula è spostata all'esterno.

Vi sono alcuni casi del resto nei quali una anormalità del femore probabilmente congenita produce una alterazione sul suo asse, ma la lussazione rotulea compare in seguito, poichè viene ad alterarsi la linea d'azione dei muscoli. In molti di questi casi lo sviluppo delle superfici articolari assume un aspetto anatomico peculiare ed esistono concomitanti altrî difetti congeniti.

Il quadricipite è composto di quattro muscoli ed un suo punto debole è costituito dall'innervazione.

Queste masse muscolari sono innervate da lunghe branche del nervo crurale anteriore ben distinte l'una dall'altra. Ora per mantenere la rotula in posizione corretta per mezzo dell'azione muscolare è necessario che i singoli costituenti del quadricipite agiscano all'unisono, mentre se fra di essi accade una lieve interferenza il risultato inevitabile è una alterazione di posizione della rotula, sulla quale la tensione non è più effettuata equabilmente. Come dimostrazione di ciò l'A. cita un caso clinico: una bambina all'età di 4 anni giocando in giardino si abbassa rapidamente piegandosi sulle ginocchia, mentre un'altra che la inseguiva le cade sopra: la bambina avverte subito un fortissimo dolore, ma, dopo due giorni, può di nuovo camminare normalmente; alcuni mesi dopo giocando sentì succedere qualcosa al ginocchio e cadde a terra per poi rialzarsi in condizioni apparentemente normali; un fatto simile si ripetè ogni tanto per anni fino a che fattasi visitare si trovò che il quadricite non tirava equabilmente nel proprio asse; evidentemente l'accidente avvenuto a 4 anni aveva lacerato l'attacco interno del muscolo alla rotula.

Cosicchè v'era una continua tendenza, aggravantesi nei movimenti estremi, allo spostamento esterno della rotula.

Non è sempre possibile il rintracciare una storia netta di traumatismo, e talvolta occorre pensare a qualche altra cosa, tanto più che la lesione può essere bilaterale; il che però non accade mai contemporaneamente, ma un ginocchio precede l'altro in persone normalmente sviluppate. Spesso appare una certa debolezza dei muscoli, tanto più evidente se la lesione è unilaterale: in tali casi si può ritrovare nella storia una difterite o anche il quadro di una poliomielite anteriore: ma va ricordato che questa ultima può esser così leggera da decorrere latente o da esser presto dimenticata e che un'affezione postdifterica dei muscoli volontari può presentarsi prima che venga diagnosticata da malattia primitiva.

Se ne deduce che in ogni caso di lussazione idiopatica si deve accuratamente investigare nell'anamnesi la comparsa di malattie antecedenti, specialmente di malattie infantili.

Come una alterazione dell'asse può produrre una azione ineguale delle parti componenti il quadricipite, così uno sviluppo irregolare o una abnorme innervazione del muscolo nel feto o nei primi anni di vita può dare origine ad alterazioni nello sviluppo osseo: nel primo caso il difetto osseo è primitivo, il muscolare secondario; nel secondo avviene l'inverso. Che possano accadere di tali alterazioni nelle ossa è indubitato. L'A. pubblica due fotografie di una ragazza di 13 anni: nell'una presa nella stazione eretta si vede la ineguaglianza delle coscie e la leggera tendenza al ginocchio varo e alla produzione di un piede valgo o varo mentre la rotula appare lievemente spostata all'interno; ma nell'altra, presa con le ginocchia in flessione completa, si vede che la rotula dal lato affetto è nettamente scivolata sul lato esterno, situandosi fra il condilo esterno e la tuberosità, il ginocchio ha perduto la sua rotondità normale ed appare invece appiattito, con una depressione corrispondente alla gola intercondiloidea. Un caso affatto simile l'A. ha visto in un ragazzo deficiente di 13 anni.

Riassumendo per quel che riguarda l'etiologia della lussazione abituale della rotula completa o parziale, l'A. crede poter citare i seguenti tre fattori: 1° traumatismo; 2° difetto di sviluppo delle ossa; 3° azione imperfetta dei muscoli, includendovi naturalmente quelle affezioni cerebrali o spinali che possono produrla.

Quali le conclusioni pratiche? Parecchie. Primo, nel trattamento della lussazione abituale il riposo assoluto a letto e le stecche non sono necessarie. Secondo, non v'è alcun intervento operatorio che sia in grado di migliorare la lesione a meno che una anormalità evidente come il varismo esiga una rettificazione. Terzo, quando vengano evitati degli sforzi violenti, la recidiva della lussazione può esser prevenuta con l'applicazione di una ginocchiera di cuoio solida: la ordinaria ginocchiera elastica non è adeguata nè desiderabile, perchè, con la sua compressione, può produrre una atrofia delle parti molli sottostanti e un impedimento nella circolazione delle vene cutanee.

SEBASTIANI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Il dolore testicolo cordonale

per il dott. prof. ARTURO CAMPANI, libero docente di patologia medica a Modena.

Non difficilmente accade che i medici pratici rilevino bensì certi speciali fenomeni non descritti dai trattati o dai periodici, ma che vi attribuiscano scarsa importanza, finchè abbiano occasione di leggere che altri colleghi hanno invece creduto bene di segnalarli alla stampa medica.

L'oggetto del nostro odierno studio ad esempio era a nostra cognizione già da tempo ed è probabile che altri pure l'avessero osservato, perchè invero il fenomeno si presenta con una certa frequenza. Ma ci abbisognò la parola d'uno straniero (noi italiani siamo un po'..... timidi se non abbiamo l'invito d'oltre alpe) per deciderci a prendere la penna. Si potrebbe obbiettare che quando l'osservazione è già fatta, tornarvi sopra è inutile. Ciò sarebbe vero se si trattasse di una pura e semplice conferma: ritenendo invece di poter aggiungere per nostro conto qualcosa di nuovo nel senso patogenetico stimiamo nell'interesse della diagnostica e fors'anche della fisiologia, esporre quanto abbiamo visto ed osservato noi.

Lo Spoerl nella *Münchner Medizinische Wochenschrift,* 3 febbr. 1904, sotto il nome di *dolore inguinale,* ha descritto un fenomeno doloroso da lui verificato solo negli individui giovani o giovanissimi, al disotto dei 20 anni, localizzato al cordone spermatico e caratterizzato da uno speciale senso di stiramento, di durata non lunga, attribuito dai pazienti ad un'ernia che non esisteva, e facilmente guaribile con leggieri massaggi e coll'uso interno di belladonna e di bromuri. Secondo l'autore il male sarebbe in relazione coll'elaborazione e la secrezione dello sperma nel periodo della più rigogliosa vita sessuale.

Ripeto che io ebbi parecchie volte occasione di accertare fatti di questo genere in clienti di mie ambulanze pubbliche e private, e quantunque solo di cinque io abbia tenuto nota è certo che ne vidi molti altri. Di questi cinque, quattro erano giovani al disotto dei trenta e uno invece di quarantadue. Non ritengo pertanto il fatto *esclusivo* alla prima gioventù, bensì in essa più frequente. Ricordo, quando per breve tempo attesi al servizio dei militari, che non di rado alla visita si presentavano giovanotti, lamentanti il dolore caratteristico e che per lo più si diagnosticava *nevralgia funicolare,* nell'assenza di ogni traccia di ernia o di varicocele o di ogni altra causa obbiettiva rilevabile.

Tale dolore secondo le mie osservazioni, ha i seguenti precisi caratteri: si verifica per lo più nella stagione fredda, insorge d'un tratto, quasi sempre o molto spesso dopo la defecazione in individui stitici o dopo la minzione, sembra partire dai testicoli e dalla regione perineale, diffondendosi poi successivamente ai cordoni spermatici o, per essere più generici, al funicolo. Non acquista mai intensità grande, ma piuttosto, analogamente a quanto dice Spoerl, ha carattere di *tensione dolorosa.* Dura un tempo vario di una o due o anche tre e quattro ore. La maggior parte dei malati afferma che esso diminuisce o cessa colla posizione orizzontale. Alcuni invece mi dissero che se ne liberavano col coito e l'attribuivano a soprapienezza testicolare per astinenza. Tale convinzione deve essere abbastanza diffusa perchè ricordo io stesso da studente di averla sentita riportare da parecchi compagni. Debbo aggiungere però che fra le mie osservazioni v'è anche quella di un individuo il quale soffriva spesso di questi dolori eppure abusava di rapporti sessuali, sì che per qualche tempo divenne spermatorroico.

È molto difficile assistere alle crisi e quindi fare esami obbiettivi: io però in due casi potei constatare durante il periodo di tale senso subbiettivo di tensione, uno stato particolare di durezza nei testicoli, che sembravano rattratti, nonchè del funicolo.

Per me il punto di maggior importanza che può mettere sulla strada di una buona spiegazione è quello che quasi sempre *l'insorgere del disturbo si ha dopo la defecazione in individui abitualmente stitici* e qualche volta (ma assai più di rado) dopo la minzione. Si tratterà di un fenomeno vascolare venoso? Forse durante lo sforzo del defecare si stabilirà una congestione passiva nelle vene spermatiche del primo e secondo gruppo, sì da provocare sotto l'inestendibile albuginea, una compressione dolorosa estesa pure al cordone? Tale modo di vedere sarebbe confermato dal fatto, pure da me ben accertato, del diminuire e del cessare del dolore colla posizione orizzontale.

Questa spiegazione, quantunque a prima vista plausibile, urta contro due gravi obbiezioni: anzitutto noi sappiamo che le vene spermatiche sono tributarie pel gruppo superiore o post deferenziale alle epigastriche e pel secondo anteriore o pre-deferenziale alla cava inferiore pel lato destro e alla vena renale pel lato sinistro. Quindi mal si comprenderebbe come gli sforzi della defecazione riuscissero ad una stasi dolorosa solo in un distretto anatomico relativamente indipendente dal sistema emorroidario. In secondo luogo il fenomeno dovrebbe essere particolarmente manifesto in coloro che hanno tendenza alle stasi emorroidaria, lombo sacrale, prostatiche, ecc., la qual cosa non è — tutt'altro — avendosi invece la maggior frequenza negli individui giovani e sani.

Ritengo quindi in linea generica più conforme a verità credere che si tratti di uno stato spastico nel canale deferente e in tutto il sistema vettore dello sperma. Ciò è confermato sia dall'insorgere più frequente durante la stagione fredda, quando appunto è così facile la retrazione spasmodica anche dei cremasteri e del dartos, sia dalla sensazione descritta dei malati di costrizione e stiramento, sia da reperto obbiettivo dell'indurirsi del cordone stesso e degli epididimi. Il fatto poi da noi posto in rilievo dell'insorgere del dolore più frequentemente dopo la defecazione può bene interpretarsi in questo modo: le masse fecali, dure, tengono compresse dal retto le vescichette e i deferenti sulla faccia posteriore della vescica piena. Avvenuto lo svuotamento si determina *ex vacuo* una maggiore o minore aspirazione del liquido spermatico dai testicoli. Il fenomeno avvenendo con relativa violenza provoca in individui predisposti ed eretistici, specie nella stagione fredda, una reazione con stato spastico nella tonaca muscolare di tutto l'apparato vettore del liquido sessuale. Sappiamo che Budge nel coniglio e nel gatto descrissero pel dotto deferente dei veri movimenti peristaltici: tali osservazioni furono confermate dal Fick che nel cane vide tale peristalsi diffusa a tutto il canale, mentre Virchow e Köllicher in un giustiziato osservarono la contrazione del deferente senza peristalsi. Inoltre il deferente è suscettibile di raccorciamento e di ingrossamento specie col freddo, ed anche il canale dell'epididimo, come i vasi efferenti, presenta strati di fibre muscolari che a un certo punto si differenziano in due piani circolare e longitudinale, suscettibili di contrazione.

La posizione orizzontale riuscirebbe, s'intende, giovevole come quella che favorisce il deflusso centripeto dei liquidi in genere, aiutando così

anche lo scarico venoso che potrà forse in piccola parte contribuire al fenomeno. Inoltre detta posizione si unisce al riposo e al rilassamento generale del corpo, cose quant'altro mai utili contro i dolori colici in genere, mentre il moto e la posizione eretta sono dannosi. Ben si comprende come questo ingrossamento cordonale divenga particolarmente molesto all'anello inguinale esterno ove la compressione dovrà risultare maggiore e si comprende altrettanto il danno portato da applicazioni intempestive di cinti mentre qualche vantaggio può recare invece il sospensorio.

Concludendo possiamo dire: 1) quello che lo Spoerl per primo ha descritto sotto il nome di dolore inguinale dei giovani, meglio potrebbe chiamarsi, per la doppia sede, dolore *testicolo cordonale*: esso non è esclusivo della gioventù ma può presentarsi anche nell'età matura; 2) questo dolore insorge assai spesso dopo la defecazione o la minzione in individui stitici ed eretistici specialmente durante la stagione fredda; 3) parecchie ragioni anatomiche e fisiologiche portano a credere si tratti di un fenomeno di contrattura e di spasmo dell'apparecchio vettore del liquido spermatico; 4) esso ha durata non lunga e cede generalmente con la posizione orizzontale.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia dei Fisioscritici in Siena.

Adunanza straordinaria del 7 gennaio 1915.

Presidenza: Prof. DOMENICO BARDUZZI.

BARDUZZI. *La vaccinazione antitifica.* — L'O. dopo aver dimostrato la necessità impellente della vaccinazione antitifica nel nostro esercito, qualora fosse chiamato ad entrare in campagna, ha ricordato che in quasi tutti gli eserciti stranieri è già resa obbligatoria la vaccinazione in parola, che ha sortito splendidi risultati, e che fra noi sono state eseguite soltanto poche prove, prevalentemente tra la popolazione civile. Ha soggiunto che se è lodevole il voto recente del Consiglio superiore della Sanità pubblica, non si può attendere una legge, e che necessita, perciò, che il Governo immediatamente provveda ad evitare i tristi danni, che oltre a portare la desolazione in tante famiglie sarebbero di calamità gravissima allo Stato.

Ha concluso ritenendo perciò che sia per la Regia Accademia dei Fisiocritici un dovere, imposto anche dai suoi Statuti, d'invocare provvedimenti energici per la tutela della salute dei nostri soldati, ricordando al Governo il pericolo dell'indugio.

La questione, oltre ad essere di grande importanza scientifica e profilattica, è in questo momento anche patriottica, ed è perciò convinto che se la voce dell'Accademia non sarà ascoltata, questa avrà sempre la soddisfazione di avere compiuto un sacro dovere.

PATELLA (vice-presidente). Riconosce l'urgenza della proposta fatta dal presidente, che, cioè, sia dichiarata obbligatoria la vaccinazione antitifica non solo nell'esercito in campagna, ma anche quando esso dovesse essere agglomerato nelle città che, come Siena, non dispongono di caserme spaziose ed igieniche.

SCLAVO. Confermando quanto hanno esposto gli OO. precedenti, sostiene la necessità di non trascurare per il nostro esercito anche gli altri provvedimenti igienici, specialmente la provvista di acqua potabile, buona e copiosa, e propone altresì che la vaccinazione antitifica sia estesa a tutti i volontarî; e, a tal uopo fa noto che, d'accordo con il presidente dell'ospedale Policlinico di questa città, prof. Simonetta, sarà fra breve iniziata questa pratica per quanti vi si vorranno sottoporre; ed è certo che fra i primi saranno i nostri studenti.

MAZZUOLI, MAZZETTI, BICCHI, NICCOLINI. Comunicano i risultati faovrevoli da essi ottenuti.

OTTOLENGHI. Presenta i seguenti ordini del giorno che vengono all'unanimità approvati:

« La R. Accademia dei fisiocritici di Siena, riunita in pubblica assemblea straordinaria;

riaffermando la necessità che venga intensificata, completandola, la preparazione sanitaria delle truppe, la quale non meno della preparazione militare, è condizione fondamentale della loro efficienza bellica;

esprime il voto che sia senza indugio resa obbligatoria la vaccinazione antitifica nell'esercito e nell'armata;

delibera di iniziare la più attiva propaganda affinchè gli inscritti ai battaglioni volontari e quanti altri potrebbero venire chiamati in servizio, in caso di guerra, si sottopongano immediatamente alla vaccinazione antitifica;

e dà mandato alla propria Presidenza di far conoscere queste sue risoluzioni ai Ministeri competenti e responsabili ed alla stampa ».

« La R. Accademia dei fisiocritici di Siena, riunita in pubblica assemblea plenaria, raccomanda ai competenti Ministeri che, nella preparazione sanitaria delle truppe, sia dato il necessario sviluppo ai mezzi più sicuri e acconci per la fornitura sul campo di alimenti sani e di acqua bacteriologicamente pura in copia sufficiente ».

Il presidente prof. BARDUZZI rileva che l'accademia ha compiuto un sacro dovere, nell'interesse prezioso della vita dei nostri soldati e dell'avvenire della Patria.

V. MARTINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Ematomielia spontanea.

Babinski ha osservato all'Hôpital de la Pitié un caso rientrante nella serie dei casi di sindrome di Brown-Séquard. Si tratta di un uomo che si presenta a tutta prima come un emiplegico ordinario: è affetto da un'emiplegia sinistra, sopravvenuta come un'emiplegia banale, ossia cerebrale, improvvisamente e stabilitasi rapidamente in un periodo di 24 ore. Dato interessante: egli ha un fratello affetto da emiplegia. Esaminando questo malato si vede immediatamente che l'arto superiore sinistro è immobile con le dita flesse, l'arto inferiore è irrigidito, e quando l'infermo cammina, la gamba sinistra trema continuamente. Esiste una danza della rotula marcatissima che si esagera quando si percuote il tendine rotuleo. Sollevando il piede si determina facilmente l'epilessia spinale.

L'eccitamento della parte dorsale del piede e della gamba provoca un sollevamento del piede, ciò che è un riflesso di difesa e nello stesso tempo un'epilessia spinale. All'arto superiore esiste esagerazione dei riflessi osso-tendinei. Ma ciò che è particolare si è che percuotendo l'estremità inferiore del radio, si ha solo una flessione molto forte delle dita, senza che sia però accompagnata da una flessione dell'avambraccio sul braccio: ciò costituisce quello che Babinski chiama l'*inversione del riflesso del radio*.

Negli emiplegici si constata al contrario una esagerazione del riflesso dell'avambraccio sul braccio. L'inversione del riflesso del radio permette di escludere l'emiplegia cerebrale e di supporre l'esistenza di una lesione spinale a livello del 5° segmento cervicale. L'interrogatorio dell'infermo dimostra l'attendibilità di questa ipotesi. Egli dice che al principio non ha perduto la conoscenza, che non si è neppure obnubilata; ecco un primo fatto contrario all'idea di un'emiplegia cerebrale. D'altra parte in quest'ultima affezione per lo meno al principio si hanno fenomeni paretici sulla faccia, che nell'infermo in quistione non si sono mai avuti. Questi fatti aggiunti all'inversione del riflesso radiale depongono per la esistenza di un'emiplegia spinale. Ora si sa che in questa forma si osserva molto frequentemente la sindrome di Brown-Séquard: infatti nel paziente si son constatati al lato destro dei disturbi molto netti della sensibilità termica. Il riflesso dell'avambraccio sul braccio è abolito anche a destra.

In tutti e due i lati i disturbi della sensibilità si trovano nel dominio del 4° e 5° segmento cervicale. Esiste anche una leggera esagerazione dei riflessi tendinei a destra. Si può dunque ammettere che esiste una lesione spinale bilaterale, predominante a sinistra. Non esiste linfocitosi, la reazione di Wassermann negativa, si deve quindi escludere la sifilide. È un'ematomielia di origine ignota.

(*Journal des praticiens*, 1914, n. 31).

DR.

La pachimeningite interna nei bambini.

Il Gordon (*New York Med. Journ.*, apr. 1914) riferisce due casi di pachimeningite interna che presentavano di caratteristico attacchi convulsivi, temperatura elevata, ipertonia muscolare, rigidità della nuca e del dorso, profonda obnubilazione della coscienza. L'esame del liquido cefalo-rachidiano dimostrò un aumento di pressione e pel resto condizioni normali. In uno dei casi si riscontrarono emorragie retiniche. Nei due casi quindi si aveva il quadro di una meningite, salvo naturalmente i caratteri del liquido estratto colla puntura lombare. La persistenza del liquido limpido in esami successivi non parla quindi contro un versamento emorragico sottodurale: d'altra parte sangue si può trovare anche nelle comuni emorragie cerebrali, quindi non può essere considerato come patognomonico.

Quando riscontriamo i segni di un aumento di pressione meningea con assenza di microrganismi nel liquido cefalo-rachidiano, dobbiamo sospettare, secondo l'A., la pachimeningite interna.

Stabilire una diagnosi precoce ha molto valore perchè si può avere la guarigione del processo o mediante puntura ripetuta o con una operazione radicale, quale il drenaggio della cisterna magra col metodo di Haynes.

P. A.

TERAPIA.

Il trattamento delle leucoplasie.

Le leucoplasie, dette pure keratosi, ictiosi, psoriasi, placche dei fumatori, sono clinicamente caratterizzate da macchie bianche che compaiono sulla mucosa della cavità boccale e più

raramente anche su quella del prepuzio e della vulva.

Ai primi stadî queste macchie sono trasparenti e più tardi diventano opache mentre contemporaneamente la loro superficie si fa liscia e levigata; più tardi ancora possono assumere un colorito sporco, giallastro ed un aspetto squamoso ed infine possono presentare delle screpolature dalle quali fuoriesce sangue o siero. È in quest'ultimo stadio che più è giustificato il sospetto di una neoplasia maligna.

Alle varie fasi cliniche corrispondono varî reperti istologici: dapprima si tratta di un semplice condensamento dello strato epiteliale, le cui cellule successivamente subiscono una degenerazione cornea mentre nello strato papillare si verifica un'essudazione più o meno notevole, nell'ultimo stadio lo strato epiteliale divenuto corneo s'inspessisce sempre di più dando delle screpolature, mentre le sottostanti papille si atrofizzano addirittura.

Le cause delle leucoplasie sono innanzi tutto la sifilide, poi le affezioni gastriche, l'abuso di alcool, di droghe, di cibi troppo caldi e del fumo, nonchè la piorrea alveolare e l'irritazione meccanica dei denti falsi. Sulla mucosa del prepuzio e della vulva esse sono per lo più determinate da scarsa pulizia, da gonorrea cronica e leucorrea.

Per la cura delle leucoplasie Barker (*The Practitioner,* 1914, agosto) ritiene che bisogna bandire innanzi tutto i caustici, tenendo presente appunto il fatto che le leucoplasie sono dovute ad una irritazione della mucosa, che verrebbe ad essere ancora più irritata dalle causticazioni fisiche o chimiche. Una cura razionale deve mirare ad ottenere non solo l'antisepsi della bocca, ma anche l'ammorbidimento e l'esfoliazione dell'epitelio corneificato e questi scopi si possono raggiungere mediante l'uso di leggere soluzioni alcaline. Le lavande con soluzione di bicarbonato di soda, ripetute parecchie volte al giorno riescono molto vantaggiose.

Per quanto si debba ritenere esagerata l'opinione che il maggior numero delle leucoplasie degeneri in cancro, pure non bisogna escludere in ogni caso una tale eventualità. Quando le leucoplasie si mostrano ribelli ad ogni cura ed hanno tendenza alle crepature con fuoriuscita di sangue e siero e con dolore ad ogni minimo movimento e sono accompagnate anche da un senso di durezza, allora bisogna pensare alla possibilità di una infiltrazione cancerosa ed in tal caso non si deve esitare ad escidere la leucoplasia che può divenire il punto di partenza del cancro.

DR.

Il siero-salvarsan nelle affezioni sifilitiche del sistema nervoso centrale.

Il metodo di Swift ed Ellis va recentemente diffondendosi su larga scala: è utile perciò riferire brevemente i risultati delle esperienze dell'Ayer che recentemente si è occupato dell'argomento (*Brit. Med. and Surg. Journ.*, 1914, 152).

Egli conclude che il metodo delle iniezioni endorachidee del siero-salvarsan col metodo di Swift nei casi di tabe, paralisi progressiva e sifilide cerebro-spinale è scevro di pericoli. Questo metodo si è mostrato efficace in alcuni casi dove gli altri metodi avevano fallito. Esso ha lo scopo di combattere la sintomatologia nervosa come pure di curare la malattia: i risultati più brillanti si sono avuti nei casi di sifilide cerebrospinale, dove l'A. ha potuto constatare in alcuni casi la scomparsa totale di tutti i sintomi. Nella tabe si può avere l'arresto della malattia: nella demenza paralitica però i risultati sono meno evidenti, sebbene in qualche caso iniziale si siano avuti risultati incoraggianti. L'A. ha esaminato con controllo l'efficacia della cura sulle alterazioni citologiche e chimiche del liquor: egli si aspetta di veder generalizzare il metodo specie nei casi d'insuccesso cogli altri sistemi di cura. Le ulteriori esperienze stabiliranno con esattezza le indicazioni di tale trattamento.

P. A.

MEDICINA DI GUERRA.

Corso per medici militari volontari in Berlino.

(Doct. V. WASSERMANN, *maggiore medico*, consigliere intimo *Münchemer Med. Woch.*, n. 36, sett. 1914).

La *lotta contro le epidemie* in guerra, costituisce una delle branche più importanti del servizio sanitario in guerra. Caposaldo della profilassi è l'isolamento dei primi colpiti e dai portatori di bacilli, per la qual cosa sia in pace che in guerra riesce della massima importanza l'esame batteriologico.

1° In ogni ospedale deve esservi una stanza di isolamento già prestabilita.

2° Le stanze di isolamento e tutti gli ospedali devono esser protetti dalle mosche coll'applicazione di garza alle finestre e collo spargimento di petrolio nelle vicinanze dell'ospedale.

3° Costruire e sistemare latrine.

4° Diffidenza verso tutte le acque stagnanti (l'acqua più sicura è l'acqua del sottosuolo, estratta a mezzo dei pozzi abissini; altrimenti, potabilizzatori o acqua bollita).

5° Esame anamnestico e personale degli uomini o donne che prestano servizio, se hanno sofferto, e quando, di tifo o paratifo, se hanno curato tifosi, ecc., specie avuto riguardo alle donne che sono più frequentemente portatrici di bacilli.

La manualità della disinfezione consiste:

a) nell'impiego della disinfezione a mezzo del vapore, dove possibile, od altri mezzi fisici; nell'improvvisazione di apparecchi per disinfezione. Una caldaia con una rete metallica sopra e a questa sovrapposta a sua volta una botte senza fondo, il cui coperchio abbia due aperture, una per il termometro e una per l'uscita del vapore. Si copra la botte con uno strato di argilla;

b) nell'impiego di mezzi chimici. Mezzo universale per biancherie, deiezioni, vasche da bagno, ecc., è la soluzine di sapone di Kresol. Si prepara così: parti 50 di acqua calda, 25 di sapone verde di Kalischmier, 25 di acido fenico crudo. Un altro mezzo comune è il latte di calce (della calce spenta viene bagnata finchè si scioglie; questo materiale si allunga con 3-4 parti di acqua). Per disinfezione di feci, una parte di latte di calce per il doppio del materiale da disinfettarsi. Eseguire queste disinfezioni entro l'ambiente dove sta l'ammalata e subito; non cominciare a prendere queste misure a infezione già conclamata, ma sugli inizi.

Modo di contenersi nelle singole infezioni:

a) Tifo: Ne è causa un bacillo con via di ingresso obbligata, è una forma di infezione metastatica, quindi disinfettare tutte le secrezioni o prodotti dell'organismo (feci, urine, sputi). Nelle prime settimane raccogliere il sangue in tubetti e spedire all'ufficio che potrà fare la sierodiagnosi (presso i Corpi d'armata in Germania vi è un igienista consulente oppure uffici appositi che eventualmente funzionerebbero anche da noi, sotto altri nomi). Anche le feci si possono in vasi espressamente preparati inviare per l'esame. Colonie rosse indicano colibacillo; bleu possono esser date da tifo, paratifo o dissenteria. Dalla seconda settimana in poi è interessante l'esame delle feci stesse per escludere i portatori di bacilli.

Come misura profilattica in guerra possono esser pratiche solo le iniezioni preventive, che si fanno in numero di tre, a distanza di 7 giorni, alle regioni sottoclaveari.

b) Dissenteria: Malattia locale dell'intestino crasso; bacilli solo nelle deiezioni. Attenzione ai portatori di bacilli. Inviare siero di sangue per identificare il germe causale (Shiga Kruse o Flexner o Stamm Y). Attendere l'identificazione stessa, poi siero antidissenterico per via sottocutanea.

c) Paratifo: Specialmente causato da infezione per via di cibi o di portatori di bacilli. Sospetto in caso di frequenti colerine. Diagnosi a mezzo delle piastre di agar, Drigalski-Conradi. Diagnosi più precisa riservata ai batteriologi.

d) Colera: Diagnosi batteriologica, secondo il sistema usato in tempo di pace. Profilassi secondo le regole di Koch. Pure raccomandabile la sieroterapia preventiva che avrebbe dato assai buoni risultati nell'esercito greco. Mai più di 2 iniezioni.

e) Peste (bubbonica o polmonare): La seconda è più pericolosa. Esame dello sputo. Aspirazione del pus dai bubboni. Esame dello sputo materiale sul coprioggetti, lasciar asciugare all'aria, poi non esporre alla fiamma, invece coprire per alcuni minuti con alcool, quindi passare alla fiamma e spegnere. Colorazione con soluzione di bleu di metilene. Apparirà la caratteristica forma bipolare del bacillo.

f) Tifo petecchiale: Pericolosissimo. Contagio per l'aria o per le pulci. Porte e finestre sempre aperte. Locali distanti almeno 40-50 metri dal resto degli edifici.

g) Ricorrente: Diagnosi del sangue. Terapia: salvarsan.

h) Meningite cerebro-spinale epidemica: Diagnosi, dal secreto lombare. Terapia: iniezione lombare di 20-30 cmc. di siero antimeningococcico.

Udine. Cap. medico P. Zanuttini.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(613). *Sul trattamento dell'emiplegia.* — Il sottoscritto desidera una risposta a quanto chiede nella « Posta degli abbonati » al giornale medico « Il Policlinico », Sez. pratica, cui è abbonato:

In caso di emiplegia per emorragia cerebrale, nella pratica e negli ospedali di Roma si fa l'elettroterapia delle parti paralizzate o paretiche?

1° Dopo quanto tempo dal giorno dell'insulto apoplettico o emorragia cerebrale che ha lasciato l'emiplegia?

2° Quale corrente è più indicata: la faradica o la galvanica?

3° La cura dei ioduri è pure indicata ancora e dopo quanto tempo dal giorno dell'insulto apoplettico?

Il sottoscritto sarà grato pure di quelle altre informazioni terapeutiche odierne in uso nei grandi centri scientifici come Roma.

Ringraziando infinitamente.

Dott. Rodolfo Genovesi
S. Biagio di Bagnolo S. Vito (Mantova).

La cura elettrica viene consigliata da molti AA.; anche Oppenheim, nell'ultima edizione del suo trattato, afferma di essersi potuto più volte convincere dell'effetto benefico esplicato dalla elettroterapia. Noi riteniamo che, quando vi sia la possibilità di praticare comodamente la detta cura, un medico coscienzioso non debba rinunciarvi, pur sapendo di non poter sperare che lievi vantaggi.

In genere la cura elettrica viene iniziata un mese dopo l'ictus. Il metodo più usato è quello della galvanizzazione periferica, applicando un ampio elettrode alla nuca (polo positivo), e mettendo il polo negativo in comunicazione con un recipiente contenente acqua tiepida, nel quale il paziente immerge l'estremità dell'arto paralizzato. L'intensità della corrente deve essere mantenuta fra i 5 e i 10 milliampères, senza interruzioni; la durata dell'applicazione è di circa 10 minuti per ciascun arto. Si pratichino tre applicazioni per settimana. La corrente faradica può venire adoperata nei rari casi in cui non si manifesta la contrattura; si usa allora la corrente di quantità a interruzioni ritmiche lente.

Qualche elettroterapista preferisce il bagno statico, ma altri (p. es. il Nogier) lo sconsigliano.

Malgrado lo scetticismo di alcuni AA., la maggior parte dei medici crede che i preparati iodici (ioduro di potassio o di sodio, iodipina, iodomenina, iodovasogen, ecc.) possano diminuire i disturbi dipendenti dall'arteriosclerosi, e perfino rallentare il corso di questa affezione. È quindi opportuno, qualche giorno dopo che il paziente si è rimesso dagli effetti dell'ictus, prescrivere una cura iodica, che verrà prolungata per quattro o cinque settimane, e ripetuta più volte all'anno.

Altri medicamenti proposti per la cura dell'arteriosclerosi sono: la diuretina (cgr. 50, tre volte al giorno, per due o tre settimane), il nitrito di sodio (scioglierne gr. 1-2 in 200 gr. di acqua, e somministrare un cucchiaio di questa soluzione tre volte al giorno), la vasotonina (miscela di yohimbina e di uretano, che si può somministrare per iniezione ipodermica, alla dose di milligr. 5).

Mediante metodici movimenti passivi si potranno evitare o almeno limitare le anchilosi articolari, specie alla spalla; quando le anchilosi sono già costituite, i movimenti passivi provocano vivo dolore.

Per combattere le rigidità articolari alcuni AA. lodano le iniezioni ipodermiche di fibrolisina.

Prof. V. FORLÌ.

(614). *Postumi di eresipela.* — Sarei gratissimo se volessero rispondere alla seguente domanda: Che concetto si ha di quelle speciali eruzioni cutanee a forma di noduli rossi di varia grandezza, che restano sul viso, dopo aver sofferto un'eresipela facciale? Si fa presto a definire, anche da parte di dermatologi, che vanno per la maggiore, come è successo nel caso di mia osservazione, tali eruzioni: postumi di eresipela... Trattasi di manifestazioni ancora dello streptococco di Fehleisen? Nel qual caso tale germe non sarebbe spento completamente.

Siccome alcuni di detti noduli contengono un po' di liquido torbido, e si ricoprono di squamette, potrebbero degenerare in qualche altra cosa?

Sarei, poi, gratissimo, se si consigliasse qualche buona ricetta per farli scomparire. Si è sperimentato: la tintura di jodio, diluita e concentrata, l'ittiolo, il solfo precipitato misto con ossido di zinco, la terra silicea mista con olio benzoinato, l'unguento benzoinato ecc. ecc. Risultato: nessuno.

Dott. De Filpo Giovanni
Viggianello (Potenza).

Dalla descrizione che fa l'abbonato sembrerebbe che l'eresipela abbia lasciato, come postumi, delle manifestazioni a tipo nodulo-flittenoso, probabilmente dovute allo stesso streptococco dell'eresipela, il che non contrasta con quel che sappiamo circa la vitalità e la resistenza di questo microrganismo, anche dopo avvenuta la guarigione della dermatite eresipelatosa.

La prudenza consiglia perciò di continuare nelle misure d'isolamento atte ad impedire la diffusione del processo a persone sane ed in pari tempo di curare energicamente le manifestazioni stesse per allontanare la possibilità di recidive. A questo scopo consiglierei di aprire con tutte le cautele dell'asepsi la flittena e di medicare con jodoformio oppure con preparati di argento (nitrato di argento, protargolo) in adatte soluzioni od anche in pomata.

V. MONTESANO.

(615) Dott. L. D. da V. — Il trattato di oculistica che preferiamo è quello di Fusch; la traduzione italiana, eseguita dal prof. Cirincione, è esaurita, ma può valersi dell'edizione francese. Un ottimo trattato è quello del prof. Ovio, edito dalla Ditta Francesco Vallardi di Milano

S.

(616). Abbonato 6920, Alzo. — Preferiamo di non dare pareri su specialità terapeutiche.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

GUIDO M. PICCININI. *Un po' di luce farmacognostica intorno ai prodotti farmaceutici della digitale.* (Dati storici e sperimentali). Roma, Tipografia E. Centenari, 1914. Opuscolo in-8°, di pag. 50, con una tavola litografica (4 figure).

I prodotti farmaceutici della digitale sono aumentati progressivamente, così di numero come di fama, al punto da generare un po' di scetticismo nel clinico e nel medico pratico e non è stato un piccolo vantaggio che uno studioso della competenza dell'A. abbia rivolto le proprie ricerche a delucidare un punto di farmacodiagnostica di peculiare importanza. L'A. nel suo lavoro, diligentissimo, che nulla lascia a desiderare dal lato storico e dal lato sperimentale, comincia col dimostrare che da molto tempo sono finite le vere novità farmaceutiche della digitale ed approfondendosi nella chimica della digitale pone in giusto rilievo i glucosidi cardioattivi di questa pianta, e le loro reazioni cromatiche, nonchè i glucosidi del commercio, i prodotti officinali e galenici della digitale, la digitale titolata (titolo fisiologico) coi rispettivi saggi farmacodinamici, per venire a queste conclusioni:

Nei riguardi fra glucosidi cardioattivi della digitale e preparazioni farmaceutiche, le novità sono finite da un pezzo cioè intorno al 1898.

È dannoso per la terapia il passare facilmente da un preparato all'altro di digitale. È necessario che il medico ne scelga uno ed a quello si attenga studiandolo praticamente nella sua posologia e nella sua propinazione.

Volendo prescrivere i principî attivi della digitale, il medico si attenga al più attivo, la digitossina, la quale in Francia, per ragioni storiche, si chiama digitalina cristallizzata.

Le preparazioni farmaceutiche di digitossina da prescriversi con tutta fiducia sono le *compresse di digitossina Merck* (1/4 di milligr. di digitossina in ognuna), i *granuli di digitossina cristallizzata Nativelle* (1/4 e 1/10 di milligr.), la *soluzione al millesimo di digitalina crist. Nativelle* per uso orale.

Volendo prescrivere invece della polvere, o dell'infuso, o dell'estratto fluido della digitale, un preparato consimile, ma privo dei costituenti digitalici irritanti il tubo gastroenterico, ma ricco di tutti i glucosidi cardioattivi e con titolo costante e noto, si preferiscano: la *digitale Golaz*, un dializzato liquido da prendersi a gocce e la *digifolina* che è in forma di compresse.

Per l'uso ipodermico od endovenoso è sempre utile scegliere le soluzioni acquose di fronte a quelle contenenti alcool, glicerina, cloroformio, cloretone, ecc. Le soluzioni acquose sterili per iniezioni, che contengono tutti tre i glucosidi cardioattivi della digitale, che li contengono in forma equabile come nella buona droga, che hanno il titolo costante *sono solamente due*, la *digitale Golaz* in fialette che è del 1899 e la *digifolina* in fialette che è del 1913.

Qualsiasi farmacista tenendo presso sè la digitossina, può e deve, se richiesto dal medico, allestire le due preparazioni della Farmacopea francese, la soluzione e la polvere (al millesimo) di digitossina, *seu* digitalina cristallizzata.

Qualsiasi farmacista può esso stesso fabbricare qualsivoglia preparazione farmaceutica di principî attivi della digitale, secondo ricetta officinale o magistrale, usando i prodotti Merck, digitossina o digitalina pur. pulv. germanica, o digitalina pura amorfa della farmacopea franc. e della farm. belga.

Il medico non ha quindi bisogno assoluto di prescrivere le specialità farmaceutiche della digitale.

In ogni caso di cardioterapia digitalica, il medico si ricordi del consiglio dell'eminente clinico di Bologna: « La dose ordinaria è anche per noi 60-80 centigr. di digitale, ma la mia esperienza mi ha insegnato a non reputare conforme ai fatti il precetto che là dove l'uso della digitale non è riuscito utile dopo alcuni giorni se ne debba abbandonare l'uso; proseguendolo ed innalzandone le dosi si ottengono talora i vantaggi desiderati e certo sono esagerati i timori, che io pure ebbi per molti anni, delle dosi alte o prolungate. Il danno viene invero dalla inopportuna amministrazione » (Murri).

Chiude l'importante lavoro dell'A. un genialissimo disegno storico bibliografico intorno alla digitale diviso nel modo seguente: *a*) studi chimici sopra i costituenti della digitale; *b*) studi intorno alla polvere, all'infuso, e alla tintura di digitale; *c*) la digitossina in terapia; *d*) studî clinici, indicazioni e controindicazioni della digitale; *e*) scritti medici sopra i prodotti farmaceutici della digitale; *f*) metodi farmacologici per la valutazione del grado di attività della digitale e dei suoi preparati (valore o titolo fisiologico).

Basta uno sguardo al contenuto di queste ricerche storiche e sperimentali per convincersi che il lavoro dell'A. non rappresenta solo uno studio prezioso dal lato tecnico farmacognostico, ma bensì dal lato clinico e medico-pratico che fa onore alla Scuola farmacologica bolognese.

Prof. M. PAZZI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La Croce Rossa.

La Croce Rossa è stata una delle istituzioni più discusse in occasione del disastro tellurico che ha funestato l'Italia. Forse carità di patria non ha consentito che si facessero sulla stampa le critiche più o meno benevoli che si esprimevano verbalmente, è certo però che ogni italiano si è rivolta la domanda: Come si condurrà in caso di guerra questo istituto di soccorso, che è giunto con tanto ritardo ad organizzare in tempo di pace un aiuto, certo non eccessivo, per i connazionali colpiti dalla sventura nel cuore stesso d'Italia?

E non sono mancate le solite disquisizioni sulla impreparazione e sulla disorganizzazione delle cose italiane. A noi pare che le critiche siano state per lo meno esagerate. Per rendersi conto del ritardo col quale i militi della Croce Rossa sono giunti nei paesi della Marsica, della lentezza con la quale si è provveduto ad organizzare in Roma un ospedale che potesse riparare alla pletora rapidamente verificatasi negli ospedali cittadini, per giustificare tutto ciò sarebbe bastato pensare che la Direzione della Croce Rossa era in ben altre faccende affaccendata, che tutti i suoi sforzi miravano ad organizzare un servizio adatto a contingenze ben diverse dal terremoto, che gran parte del suo materiale era dislocato per ovvie ragioni in parti d'Italia lontane da Roma.

E poi: per quanto la nostra terra abbia oramai il triste privilegio dei disastri tellurici, questi costituiscono sempre qualche cosa di assolutamente inaspettato, essi non hanno preferenze regionali. I terremoti si verificano per tempo e per luogo fuori di ogni possibile previsione, e non è possibile che un Istituto di soccorso, per quanto grandi siano i suoi mezzi, possa essere pronto sempre e dovunque alla natura piaccia di provocare la miseria e la morte.

Con ciò non si vuol dire che nella nostra Croce Rossa non vi siano mende e difetti da rilevare e da correggere. Mende e difetti che sono stati messi in evidenza durante il lavoro, potremmo dire eccessivo, al quale in questi ultimi dieci anni la benefica associazione è stata assoggettata.

Per sventura d'Italia la Croce Rossa è stata dal 1906 quasi continuamente in istato di mobilitazione; per dire dei fatti più importanti ricorderemo l'eruzione vesuviana, il terremoto calabro-siculo, il colera, la guerra italo-turca, la guerra balcanica. In tutte queste occasioni la Croce Rossa se ha avuto modo di fare addestrare il suo personale, ha avuto anche modo di esaurirsi, di aggravare e mettere in evidenza le proprie deficienze.

La Croce Rossa si è assunta un'opera ed una funzione che hanno fini nobilissimi, ma che sono fuori dei suoi scopi. Essa ha così subìto delle deviazioni, si è andata esaurendo economicamente, è andata perdendo le sue caratteristiche: i suoi ufficiali che dovrebbero essere prevalentemente chirurgi, sono in maggioranza medici. Questi ufficiali che sono destinati alla cura dei feriti in guerra, e che dovrebbero negli infortunî collettivi della Nazione, nel tempo stesso che si rendono utili, trovare il mezzo ed il modo di addestramento per la loro specifica funzione, vengono invece addestrati nella distribuzione del chinino profilattico nelle zone malariche.

Una tale deviazione è oramai ammessa e riconosciuta quasi come un fatto normale, tanto che nell'ultima guerra libica la Croce Rossa era quasi sempre assente dai campi di battaglia; il Corpo sanitario militare credette conveniente adibirla alla cura degli indigeni.

Non è certo difficile trovare la causa di un tale stato di cose. Innanzi tutto va incolpata la deficienza di alcuni istituti statali, che lasciano volentieri alla Croce Rossa funzioni che sarebbero di loro competenza. Ma non si può tralasciare di annoverare tra le cause del lamentato inconveniente la indifferenza dei nostri clinici, dei nostri migliori chirurgi, fatte rare ed illustri eccezioni, per le sorti della umanitaria associazione.

Non si potrebbe certo prentendere che tutti gli ufficiali della Croce Rossa siano dei chirurgi professionisti, ma si potrebbe nella scelta dare la preferenza a questi ultimi per modo che il corpo sanitario sia per quanto è possibile costituito in maggioranza di chirurgi, così come è in Germania. E da questa nazione si dovrebbe anche apprendere ed imitare il sistema di far fare periodicamente esercitazioni pratiche negli adatti ospedali. E negli ospedali delle nostre città grandi e piccole i casi di traumatologia per le opportune esercitazioni non si fanno certo desiderare.

Non meno notevole è la deficienza del personale infermiere. Nel reclutamento di questo personale si seguono criterî diametralmente opposti nei due sessi. Quello maschile viene generalmente reclutato nel basso ceto sociale: si tratta per lo più di gente ignorante, indisciplinata,

che difficilmente impara quel che occorre per essere un perfetto infermiere e più difficilmente ancora comprende la nobiltà della sua missione. Si tratta per lo più di mestieranti, che non hanno saputo imparare altro mestiere, e che per il mancato o saltuario rapporto con i propri superiori, per una deficiente istruzione generale e specifica non sono certo all'altezza della posizione. In Italia si è mancato di inquadrare, di disciplinare nell'organizzazione della Croce Rossa, così come si è fatto in Germania, lo spontaneo entusiasmo, il sentimento perfino esuberante di filantropia degli studenti, che nelle calamità pubbliche trova unico sfogo nelle passeggiate di beneficenza o nell'accorrere disordinato, caotico, sui luoghi della sventura.

Perfettamente opposti sono i difetti che si riscontrano nel personale femminile: si tratta di principesse, grandi dame, a cui i medici devono baciar le mani, che bisogna trattar con molti riguardi, che facilmente si stancano, si ammalano più o meno veramente, che nell'opera pietosa mettono sempre un senso di falso pudore e di schifiltosità che è in contrasto con i bisogni degli infermi. Si tratta di gente cui il puzzo della gangrena mette i brividi, e che lascia martoriare gli infermi dagli insetti perchè non sa acconciarsi ad eseguire le necessarie pulizie.

Anche per questo personale non c'è altro rimedio all'infuori di creare un folto nucleo di infermiere professioniste stipendiate, attorno al quale dovrebbe stringersi il personale ausiliare, anch'esso convenientemente ricompensato quando presta servizio. Solo così si potrà ottenere un corpo di infermiere scelto, istruito, disciplinato, sul quale si possa sicuramente contare in caso di bisogno. Facendo altrimenti si avrà un organico d'infermiere solo sulla carta, una compagnia di signore che in un primo momento di entusiasmo e di pietà accorreranno magari alla chiamata dell'associazione, quando gli infortunî collettivi commuoveranno il paese, ma che ben presto diserteranno il loro posto per stanchezza, per insofferenza di disciplina, per il bisogno di ritornare agli agi, ai comodi della vita cui non possono a lungo rinunziare.

Nei giornali politici si è largamente dibattuta la quistione sulla opportunità di costituire il così detto magistrato degl'infortunî: un alto magistrato che provveda alla organizzazione dei soccorsi e raccolga il materiale necessario ed istituisca corpi speciali di professionisti e di volontari, e volga gli sports delle classi più colte, le abilità dell'artigiano, l'entusiasmo dei giovani verso la preparazione di squadre adatte alla battaglia contro gli elementi infuriati. E questo ufficio permanente di commissario contro l'infortunio dovrebbe dividere l'Italia in zone, conoscere di ciascuna i mali probabili, ed avere pronta la strategia, la tattica e la mobilitazione, così che i suoi comitati esecutivi abbiano competenza e giurisdizione per provvedere all'improvviso bisogno.

Orbene, di questo istituto, di questa nuova macchina burocratica che si arruginirebbe nella inerzia dei lunghi riposi non c'è bisogno. Quello che c'è quando sia convenientemente e tempestivamente utilizzato, è più che sufficiente.

Nei grandi cataclismi, dei quali la nostra generazione è stata testimone, sono necessari rapidi mezzi di comunicazione, assistenza medica ai feriti, braccia per disseppellire i sepolti vivi: basta quindi che le Ferrovie, la Croce Rossa, l'esercito adempiano regolarmente la loro funzione. Certo è necessaria una maggiore coordinazione tra queste funzioni; un'intesa che renda il lavoro di ciascuno ordinato, efficace. Nel terremoto della Marsica, come del resto in quello Calabro-Siculo, i primi a giungere, i primi ad apportare soccorso furono i medici delle ferrovie. L'esercito del servizio sanitario delle Ferrovie, che consta di ben 2000 medici, è facilmente mobilizzabile, si trova già scaglionato in ogni punto d'Italia, ha in ogni stazione i mezzi necessarî per dare i primi, immediati soccorsi. Esso può quindi essere di grande ausilio alla Croce Rossa, che è l'associazione che per la sua stessa natura, per le sue stesse finalità ha il diritto ed il dovere di disciplinare, di organizzare tutto l'esercito della pietà quando la natura sovvertitrice spande il lutto ed il dolore.

Ma perchè in quest'opera essa possa riuscire efficace è necessario che essa sveltisca il suo organismo, è necessario che essa si democratizzi.

La Croce Rossa italiana è ancora troppo aristocratica, non è penetrata nel popolo, non ha saputo trarre dal popolo tutte quelle risorse, tutte quelle energie sulle quali per la nobiltà dei suoi fini, per la vastità delle sue funzioni specialmente in Italia poteva e doveva fare assegnamento.

Forse a determinare queste deficienze non è stata estranea la mancanza di mezzi.

La Croce Rossa non ha saputo propiziarsi la grande anima del pubblico, che in compenso non le è stata generosa di aiuti nè morali, nè materiali, ma è bene che lo Stato si convinca nel suo stesso interesse, che là dove fa difetto il contributo individuale dei cittadini esso ha il dovere d'intervenire. Occorre che lo Stato contribuisca largamente a restaurare le finanze di quest'associazione acciò possa riordinare il suo materiale ed il suo personale perchè essa riesca a svolgere efficacemente la sua opera umanitaria in pace come in guerra. DRAGOTTI.

Per i medici condotti della Marsica.

Abbiamo di già accennato nei numeri precedenti all'interessamento del Presidente della Associazione nazionale dei medici condotti, on. Brunelli, a favore dei medici dei comuni devastati dal terremoto.

Il Presidente del Consiglio dei ministri, on. Salandra, in data del 27 gennaio u. s., inviava al dott. Brunelli, il seguente telegramma:

« Dopo disastro disposi per sanitari superstiti censimento che da più giorni si esegue con intendimento di recar loro aiuto utilizzandone l'opera ».

Ma ciò malgrado, e malgrado le promesse fatte dal Direttore generale della sanità commendatore Lutrario verbalmente ad alcuni dei medici superstiti, finora nulla si è fatto.

I poveri medici della Marsica, che pur con tanta abnegazione, con tanto sagrificio, sono rimasti sui luoghi della sventura a prodigar l'opera loro dopo aver tutto perduto, continuano a dimorare nelle vetture ferroviarie, privi di ogni conforto morale e materiale.

Essi continuano ad esercitare la loro professione, il loro ministerio senza compenso alcuno, perchè i municipî da cui dipendevano non esistono più.

Qualche medico ha perduto oltre che la speranza del compenso presente e futuro, anche la speranza di vedersi corrisposti gli stipendî di mesi già passati e non pagati.

Eppure per questi modesti eroi non si è fatto finora nulla, proprio nulla. Tutto dopo tanti giorni dal disastro è ancora allo stato di promessa.

Non si è pensato nemmeno a dare loro alloggio in qualche baracca o tenda, che possa costituire, meglio che una vettura ferroviaria, un luogo di riparo dalle intemperie, dal freddo intenso, un luogo di riposo. Riposo di cui essi hanno pure tanta bisogno per poter essere in grado di attendere alle loro mansioni.

Che si aspetta per provvedere? Si aspetta forse che i medici abbandonino definitivamente i luoghi del dolore?

Come provvederà allora lo Stato all'assistenza dei tanti infelici che son rimasti attorno alle macerie a fornire il nucleo per la ricostituzione dei paesi abbattuti?

Oltre che per dovere di riconoscenza e di pietà si dovrebbe procurare di venir subito in aiuto dei medici superstiti per assicurare la continuazione dell'assistenza medica in quei luoghi, quando dovranno essere ritirati i presidî militari e quelli della Croce Rossa.

DR.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Sottoscrizione a favore dei Medici Belgi, delle loro vedove e dei loro orfani.

Primo elenco di sottoscrittori:

Ordine dei medici	L. 1000.—
Giornale « Il Policlinico »	» 100.—
Pestalozza prof. Ernesto	» 100.—
Ciarrocchi prof. Gaetano	» 20.—
Cerutti dott. Giacomo	» 10.—
Fleischl dott. Ottone	» 50.—
Webb dott. Alberto	» 10.—
Rossoni prof. Eugenio	» 25.—
Mars dott. Carlo	» 5.—
Cassieri dott. Mario	» 5.—
Pedonesi dott. Salvatore	» 50.—
Seraceni dott. Camillo	» 5.—
W. N.	» 5.—
Francavilla dott. Aristide	» 5.—
Mazzoni prof. Gaetano	» 50.—
Villa dott. Achille	» 50.—
Ballerini dott. Enrico	» 50.—
Cirelli dott. Donato	» 5.—
Lombardo dott. Antonio	» 2.—
Chiavaro prof. Angelo	» 20.—
Frezza dott. Angelo	» 10.—
Pizzillo dott. Nicolò	» 5.—
Francini dott. Ulisse	» 5.—
Mazzitelli dott. Pietro	» 5.—
Samonati dott. Giuseppe	» 10.—
Marchesini dott. Rinaldo	» 10.—
Bartera dott. Umberto	» 10.—
Benedetti dott. Ernesto	» 2.—
Spolverini dott. Luigi	» 5.—
Pecori dott. Giuseppe	» 5.—
Pagliara dott. Catello	» 5.—
Benedetti dott. Luigi	» 5.—
Sampietro dott. Gaetano	» 10.—
Bellardinelli dott. Alessandro	» 5.—
Tani dott. Gioacchino	» 5.—
Ferri dott. Nicola	» 2.—
Curri dott. Michele	» 5.—
Gammarelli dott. Antonio	» 5.—
Mancini dott. Giuseppe	» 15.—
Galanti dott. Fausto	» 5.—
Tacchi-Venturi dott. Mariano	» 5.—
Massari dott. Giuseppe	» 5.—
Santori dott. Saverio	» 5.—
Barra dott. Ottavio	» 5.—
Di Marco dott. Antonino	» 5.—
Lesen dott. Bonaventura	» 10.—
Polidori dott. Alessandro	» 5.—
Dardano dott. Carlo	» 20.—
Cantalamessa Carboni dott. Lauro	» 5.—
Rocchi dott. Francesco Saverio	» 20.—
Del Pino dott. Gustavo	» 5.—
Carucci dott. Vittorio	» 5.—
Lugli prof. Augusto	» 10.—
Grandori dott. Cesare	» 3.—
Ciuchini dott. Camillo	» 10.—
Nicolai dott. Claudio	» 5.—
Longo dott. Antonio	» 5.—
Grassi dott. Alcide	» 10.—
Jella dott. Francesco	» 10.—
Manni dott. Ercole	» 5.—
Veditti dott. Achille	» 5.—
Sensi dott. Alessandro	» 5.—
Mazzolani dott. Domenico Antonio	» 10.—
A riportare	L. 1869.—

Riporto L. 1869.—

De Fabi dott. Achille	»	10.—
Arcangeli dott. Arnaldo	»	10.—
Mariotti dott. Ugo	»	10.—
Ciuffa dott. Celestino	»	5.—
Angelucci dott. Luigi	»	5.—
Neri dott. Pietro	»	5.—
Petrilli dott. Amerigo	»	5.—
Giordani dott. Luigi	»	5.—
Alessandrini dott. Giuseppe	»	5.—
Mancini dott. Paolo	»	5.—
Gavigan dott. Jameson	»	20.—
Marchiafava prof. Ettore	»	50.—
Artom di S. Agnese dott. Valerio	»	25.—
Piermarini dott. Tito	»	5.—
Venere dott. Ernesto	»	10.—
Carruccio prof. Mariano	»	10.—
Serena dott. Mario	»	5.—
Carra dott. Vincenzo	»	5.—
Campili dott. Giuseppe	»	5.—
Boffi dott. Carlo	»	5.—

Totale L. 2074.—

Assemblee dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma. — Il Consiglio dell'Ordine, nella seduta del 17 gennaio, ha deliberato di inviare un sussidio straordinario di lire 1000 al Collegio degli orfani dei sanitari italiani in Perugia, nell'intendimento che siano ivi accolti gli orfani dei medici rimasti vittime nell'attuale disastro, e preferibilmente quei della provincia di Roma.

***

Domenica 31 gennaio u. s. ha avuto luogo, nell'aula dell'Istituto anatomico in via Depretis, l'assemblea generale dell'Ordine dei medici della provincia di Roma.

Il presidente dott. Ballerini riassunse largamente nel suo resoconto morale l'opera del Consiglio durante l'anno 1914; ricordò con commosse parole i colleghi defunti, primo fra tutti il dott. Alfredo Garofalo, in memoria del quale verrà coniata una medaglia che sarà offerta alla famiglia; espose le varie questioni risolte sia in materia di ordinaria amministrazione, sia in materia di vertenze, di tassazioni, ecc.; accennò a quanto fu da lui compiuto in seno al Consiglio sanitario provinciale e alle varie Commissioni di cui è stato chiamato a far parte; riferì i varî studî delle questioni che interessano in generale la classe sanitaria, e la parte presa dal Consiglio all'ultimo Congresso federale.

Sul resoconto morale, che fu pienamente approvato, presero la parola il dott. Malusardi, il dott. Barbieri, il prof. La Torre, il dott. Cochetti, il dott. Lazzè, il prof. Montesano Giuseppe, il dott. Biasiotti, il dott. Paolucci, il dott. Palomba e il dott. Quattrociocchi, e furono presentati alcuni ordini del giorno, circa la Federazione degli Ordini e circa i provvedimenti per gli orfani dei sanitari rimasti vittime nel terremoto del 13 gennaio, a cui favore venne deliberato di aumentare da lire 500 a lire 1000 il contributo straordinario già votato dall'Ordine al Collegio di Perugia.

Si deliberò anche un versamento di lire 1000 a favore dei medici del Belgio, delle loro vedove e dei loro orfani.

Si approvò infine il consuntivo 1914 e il preventivo 1915, fissando, anche per quest'anno, la quota di contributo in lire 12.

Federazione nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica. — Il Congresso Nazionale della Federazione avrà luogo in Roma, dal 20 al 22 febbraio, nella sede dell'Ordine dei medici (piazza Foro Traiano, 1) gentilmente concessa.

A favore dei partecipanti e degli invitati al Congresso verranno accordati sulle Ferrovie dello Stato i ribassi previsti dalla Concessione speciale I, sotto la osservanza delle relative norme e condizioni.

Per schiarimenti e richiesta di tessere rivolgersi al segretario federale, dott. G. Palomba, Roma, via Veneto, 96, tel. interpr. 27-69.

Dal programma dei lavori riportiamo la serie delle relazioni e comunicazioni: « Relazione morale » (prof. T. Gualdi); « Relazione finanziaria » (dott. G. Palomba); « Costituzione degli uffici d'igiene » (discuss.); « Il medico scolastico » (dott. M. Ragazzi, Genova); « Pedagogia ed udito » (prof. T. Mancioli, Roma); « Modificazioni alle disposizioni legislative sulla denuncia e profilassi di alcune malattie infettive dell'uomo » (prof. G. Pecori, Roma); « Il valore della vaccinazione Jenneraria come misura di profilassi » (discuss.); « Il concetto della vaiuoloide ed i suoi rapporti colla denuncia della varicella » (dott. U. Mariotti, Roma); « La profilassi delle malattie infettive del bestiame in rapporto all'industria zootecnica » (dott. A. Neri); « Istituzione dei laboratori » (Art. 3 T. U. Leggi sanitarie 1 agosto 1907); « Azione di classe per la conquista dello stato giuridico-economico degli U. S. medici condotti » (dott. E. Cingolani); « Miglioramento economico degli U. S. liberi esercenti ».

In seno al Congresso non si potrà discutere che su argomenti posti all'ordine del giorno. È tuttavia concesso discutere interpellanze presentate alla Presidenza federale almeno 8 giorni prima, e svolgere interrogazioni su quistioni riflettenti l'andamento della Federazione, purchè sieno notificate al Presidente all'atto di apertura delle sedute.

Sollecitazioni importune.

Riceviamo e pubblichiamo:

Egregio collega,

Io mi rivolgo alla serietà ed alla diffusione del giornale *Il Policlinico*, per promuovere fra tutti i colleghi una protesta contro l'abuso, anzi contro il sopruso di tanti giornaluccoli più o meno medici che invadono i nostri studi, le nostre abitazioni, infiltrandosi fra le mille *réclames* che ci assalgono ogni giorno, e che a fine d'anno richiedono il prezzo d'abbonamento!

Con qual diritto, io mi domando, se io non ho richiesto nulla?

Vi unisco qui una *graziosa* cartolina che ricevo da Padova per un qualche giornale ch'io non ho nemmeno notato fra le mille *brochures*, réclames, note cliniche, farmaceutiche, pubblicazioni periodiche (a volta anche di pregio) che giornalmente mi dà il mio portiere.

Questi signori che inviano un giornale, se al 2° o 3° numero non vedono una risposta di chi lo ha ricevuto, dovrebbero ben comprendere che la loro réclame... ha fatto un buco nell'acqua: e non lasciar trascorrere l'anno e poi avanzare delle pretese. Se un giudice ha sentenziato, mi si dice (ma non oso crederlo), il contrario, ve ne saranno mille altri pronti a riconoscere il buon diritto di non aver... rottura di scatole in casa propria.

Non credo che un giornale serio, e veramente scientifico, ricorra mai a questi mezzucci!...

Pertanto porterò la questione all'Ordine dei medici.

Con la massima stima ed osservanza

Dev.mo: Dott. ETTORE GIAQUINTO.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5013) *Cassa di previdenza - Contributi.* — Il dott. G. P. da A., dal 18 giugno 1912 assunse servizio come titolare nel Comune A, però continuò il servizio a scavalco nel Comune B, ove prima era titolare. Pagò l'intero contributo Monte pensione pel 1912 nel Comune di B. Avendo la Cassa di previdenza formato un ruolo suppletivo pel Comune A che lo ha estinto in lire 92.76 desidera conoscere se sia tenuto a pagare una seconda volta.

Non è tenuto a pagare un doppio contributo. Avendo prestato durante il 1912 servizio presso due Comuni non riuniti in corsorzio, il contributo unico deve essere ripartito fra i detti due Comuni, in proporzione dello stipendio che da ciascuno percepisce. Crediamo, pertanto, che il Comune B presso cui operò il versamento dello intero contributo sia obbligato a rimborsarla della somma, che ora da Lei reclama il Comune A.

(5014) *Poveri iscritti nello elenco formulato dalla Congregazione di Carità - Chiamata di specialisti - Termine per reclamare contro la deliberazione della G. P. A. in tema di aumento di stipendio.* — Il dott. abbonato 3453 desidera conoscere se il medico condotto sia tenuto ad osservare, oltre l'elenco dei poveri formato dal Comune, anche un altro elenco formulato dalla Congregazione di Carità; se in caso di parto difficile si possa chiamare uno specialista a spesa del Comune e quanti giorni sono concessi al Comune per reclamare contro la deliberazione della G. P. A. relativa ad aumento di stipendio.

Il solo Comune e per esso la G. Comunale ha facoltà di compilare l'elenco delle persone aventi diritto a cura gratuita. Il medico condotto deve, pertanto, osservare l'elenco che è fatto dalla amministrazione municipale e non quello formulato dalla Congregazione di carità. Il Comune non ha obbligo di pagare specialisti chiamati in casi di parti difficili. L'obbligo del Comune a tale riguardo si estrinseca col mettere a disposizione della partoriente la levatrice ed il medico condotto. Altro non deve fare. Il ricorso di cui nel quesito deve essere prodotto nel termine di giorni 30 dalla notifica.

(5015) *Pensionato - Esercizio della carica di medico condotto interino e di ufficiale sanitario.* — Al dott. S. R. da M. rispondiamo che quando sarà andato in pensione può esercitare ancora la professione di medico condotto in qualità di interino, nonchè la carica di ufficiale sanitario.

(5016) *Aspettativa.* — Il dott. N. S. da S. P. B. chiede conoscere se può chiedere l'aspettativa, se per effetto della medesima possa ricevere nocumento all'atto della liquidazione della pensione e se, sempre durante la detta aspettativa, possa il Comune essere obbligato a bandire il concorso per la nomina di altro sanitario condotto.

Ella può chiedere ed ottenere l'aspettativa per ragione di salute sempre quando il capitolato in vigore consenta all'impiegato il diritto di chiederla. Nel caso che il capitolato non faccia cenno di tale speciale posizione, il Consiglio comunale potrebbe, per ragione di umanità o di equità, concederla egualmente. Durante l'aspettativa non si ha generalmente stipendio, dovendo il Comune provvedere a sue spese alla temporanea supplenza del sanitario. Il tempo passato in aspettativa non si computa nel periodo necessario per la pensione, perchè manca la percezione dello stipendio, a norma di quanto prescrive lo articolo 55 del regolamento 9 marzo 1899, n. 121. Durante l'aspettativa del medico condotto tito-

lare il Comune non è obbligato a bandire il concorso per la nomina del successore. Il posto non è vuoto durante l'aspettativa e non sarebbe, quindi, assolutamente legale il relativo bando di concorso.

(5017) *Stabilità - Consorzio medico.* — Il dott. A. R. da P. di L. desidera conoscere se costituendosi un consorzio fra l'amministrazione ospedaliera, che serve, e due altri Comuni, possa egli rimanere come titolare di una delle due condotte senza bisogno di concorso e se, in qualunque epoca si costituisca il detto consorzio, egli acquisti sempre la stabilità come direttore dell'ospedale nel 16 novembre 1915.

L'avviso del concorso che Ella sostenne per la nomina a direttore dell'ospedale prevedeva il servizio di condotta anche per l'altro Comune, che ora si unisce in consorzio. E poichè dal detto avviso era esclusa la possibilità di altro concorso nel caso di estensione maggiore del servizio ospedaliero, è da ritenere che con la costituzione del consorzio, avverandosi in concreto la ipotesi già preannunziata e prevista nello avviso stesso, non vi sia obbligo di altra qualsiasi prova. L'attuale direttore dell'ospedale e medico condotto della frazione, diverrà medico anche del contermine comune, che ora si unisce. In qualunque epoca si costituisca il consorzio, Ella poi diverrà stabile come direttore dell'ospedale il 16 novembre 1915 e ciò in forza del vigente capitolato.

(5018) *Farmacie - Decadenza dal diritto.* — Al dott. abbonato n. 4002 rispondiamo che nella questione da Lui esposta a riguardo dell'esercizio della farmacia occorre sopratutto aver presente il testo della denunzia fatta dall'affittuario al prefetto ai sensi degli articoli 25 e 26 della legge. Non è presumibile che egli abbia fatta la denunzia in nome proprio mentre era un semplice fittuario e non *avente diritto*. Se la denunzia fu fatta in nome della vedova e nel di Lei interesse, non può contrastarsi l'esercizio dell'azienda per venti anni ed anche di più, se l'attuale minorenne diverrà un giorno farmacista diplomato. Che se la denunzia fu fatta in nome e conto del fittuario non si comprende come non sia già intervenuto decreto di chiusura da parte del Prefetto, perocchè, come si disse, il semplice fittuario non è un avente diritto alla gestione di una farmacia, riservata solo a chi ne è proprietario. In tal caso occorrerebbe iniziare giudizio per danni contro il fittuario stesso il quale si sarebbe assunto una veste, quella di proprietario della farmacia, che non ha e che avrebbe col fatto proprio arrecato pregiudizio ai legittimi interessi della proprietaria. Ammesso che per tacita riconduzione il fitto della farmacia si protragga ancora per l'anno volgente, procuri di notificare allo affittuario un legale atto di disdetta onde impedire che l'affitto medesimo si prolunghi per altro tempo ancora. Non essendovi inadempienza non è il caso di sfratto.

(5020) *Elenco dei poveri - Somministrazione di medicinali ai poveri.* — Il dott. G. Z. M. da S. M. d'A. chiede conoscere se avendo il Comune raddoppiato quasi il numero dei poveri aventi diritto a cura gratuita abbia il diritto di ottenere e nella affermativa da chi, congruo aumento di stipendio, se il sindaco può con una semplice lettera imporre a suo piacere norme per la somministrazione di medicinali ai poveri e se sia legale il divieto imposto di ordinare specialità medicinali.

Qualora Ella ritenga che lo stipendio che Le si corrisponde per la cura dei poveri attualmente compresi nello elenco sia inadeguato al lavoro che deve sostenere, può chiedere congruo aumento di ufficio alla G. P. A. ai termini dell'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie. Il sindaco per dare le norme relative alla somministrazione gratuita dei medicinali deve essere premunito di analoga deliberazione della Giunta, resa esecutiva dalla autorità politica competente. È legale l'esclusione delle specialità. Le specialità medicinali non sono altro che spedizioni di ricetta, composta razionalmente con aggiunta di ben combinate sostanze atte ad agevolare l'assorbimento, la digeribilità dei rimedii eroici che la compongono od a renderne più gradevole il gusto. Esse, quindi, possono essere sostituite da ordinazioni che il medico creda fare da sè caso per caso, ottenendosi con ciò il medesimo effetto ed un notevole risparmio da parte del Comune.

(5021) *Pensioni.* — Al dott. P. R. D. da M. rispondiamo che gli otto anni di servizio già fatti non possono essere più riscattati. Dovrà pagare l'annuo contributo di lire 132 pel Monte pensione. Egual somma deve pagare il Comune.

(5022) *Chiamata sotto le armi.* — Il dott. F. P. da C. espone che il proprio Comune, accogliendo superiori suggerimenti, ha stabilito norme regolamentari pel trattamento degli impiegati sotto le armi. Però dette norme regolamentari si applicano ai soli impiegati interni, a dir del Comune, e non agli esterni, fra cui al medico condotto. Chiede conoscere quali pratiche debba tentare per prevenire ed impedire che il Comune, in caso di chiamata sotto le armi, gli tolga lo stipendio.

Il Ministero dell'Interno con diverse circolari, tra cui l'ultima del 12 settembre p. p. n. 15989 - Div. 2ª, ha raccomandato ai Comuni di provvedere alla sorte degli impiegati e salariati in occasione di eventuale chiamata sotto le armi. In

genere viene ordinato di introdurre nei singoli regolamenti organici disposizioni tendenti a stabilire un trattamento non inferiore a quello stabilito dallo Stato pei propri impiegati. Secondo lo stato giuridico degli impiegati governativi coloro che sono chiamati in tempo di guerra sotto le armi sono considerati in congedo per ogni effetto di legge. Il trattamento deve essere uguale tanto per gli impiegati esterni, come per gli interni e pei salariati. Se il Comune ha provveduto, come Ella dice, pei soli interni, occorre che Ella con istanza diretta al sig. Prefetto della Provincia faccia sollecitare od invitare il Comune a modificare opportunamente, e nei sensi suespressi, il vigente capitolato.

(5024) *Ufficiale sanitario - Medico condotto e libero esercente.* — Il dott. M. G. da F. T. come ex ufficiale sanitario ed attualmente libero esercente chiese la nomina al Prefetto ad ufficiale sanitario, con conseguente esonero dall'incarico del collega medico condotto. Il Prefetto ha respinta la istanza dichiarando che per l'articolo 111 del regolamento non si possono fare innovazioni nella carica suddetta, se il medico condotto temporaneamente investito non venga a cessare per morte o volontariamente rinunzi. Chiede conoscere se ed in qual modo possa far valere i propri diritti.

Non possiamo aderire alla teoria della Prefettura perchè, fra l'altro, l'articolo 111 del regolamento non prospetta l'ipotesi della rinunzia o della morte. Il detto articolo è di indole transitoria e dispone di non potersi procedere a nomine definitive ad ufficiale sanitario fino al 31 dicembre 1908, termine più volte prorogato, e di doversi nel frattempo provvedere con nomine provvisorie, preferendo, però, sempre il libero esercente. La giurisprudenza citata è poi abbastanza antica, mentre invece la più recente, e segnatamente il parere del Consiglio di Stato dell'11 ottobre 1912, dichiara illegittimo il decreto prefettizio con cui si dà incarico al medico condotto, ancorchè in linea provvisoria, di esercitare le funzioni di ufficiale sanitario quando nel Comune esistono liberi esercenti. D'altra parte Ella non trovasi in condizione di ottenere la nomina con esclusione dal concorso e dal periodo di prova, perchè non era investito della carica al 31 dicembre 1912, epoca dell'attuazione della legge del 1904. Se crede impugnare il provvedimento contenuto nella lettera deve farlo con ricorso in linea straordinaria a S. M. il Re.

(5025) *Pensioni.* — Al dott. G. B. da V. rispondiamo che l'interruzione di servizio non nuoce agli effetti della pensione, giacchè all'atto del collocamento a riposo si cumulano tutti i servizi, in qualunque tempo siansi prestati.

(5027) *Pensioni.* — Il dott. L. T. da A., avendo ottenuto nomina stabile ad ufficiale sanitario, chiede conoscere quali pratiche deve espletare per iscriversi alla Cassa di previdenza.

Deve rivolgere domanda all'Ufficio sanitario provinciale. Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. comm. Alfonso Neuschüler, docente di patologia e clinica oculistica nella Università di Roma, è stato con recente decreto nominato ufficiale nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro. Vivissime congratulazioni al nostro carissimo amico e collaboratore.

BOLOGNA. — Il dott. Creazzo Arcangelo è nominato assistente volontario alla clinica chirurgica.

CAGLIARI. — Sono promossi al grado di ordinario i proff.: Sterzi Giuseppe, straordinario di anatomia umana; Vinci Gaetano, straordinario di materia medica e fermacologia.

Il prof. Di Mattei Emilio è incaricato dell'insegnamento di medicina legale.

Il dott. Desogue Vittorino è nominato assistente alla clinica psichiatrica.

FIRENZE. — Sono nominati i dottori: Comolli Antonio, aiuto volontario; Tomiselli Adolfo e Becherle Guido, assistenti volontari in clinica chirurgica.

NAPOLI. — L'on. prof. Pietro Castellino, ordinario di patologia medica, è stato dal Ministero della P. I. incaricato, su proposta della Facoltà medica, della direzione della III Clinica medica.

PADOVA. — Il dott. Meneguzzi Adolfo è nominato assistente in anatomia umana.

PALERMO. — Il prof. Levi Giuseppe, straordinario di anatomia umana, è promosso al grado di ordinario.

Il dott. Livatino Giuseppe è nominato assistente volontario alla clinica dermosifilopatica.

PAVIA. — A coprire la cattedra di fisiologia, per quest'anno scolastico, la Facoltà medica unanime ha affidato l'incarico dell'insegnamento al prof. Vittorio Ascoli, ora di patologia medica. Per la chimica fisiologica è stato incaricato il libero docente Ganassini Domenico.

PISA. — Il prof. Ferrai Carlo è incaricato dell'insegnamento di medicina legale.

Il dott. Maltese Francesco è nominato assistente in otorinolaringoiatria.

ROMA. — Il dottor Giovanni Piantoni ha conseguito per esami la libera docenza in patologia speciale chirurgica. Rallegramenti.

SASSARI. — La Commissione giudicatrice del concorso per professore straordinario di clinica ostetrica e ginecologica, composta dei professori Pestalozza, Pinzani, Clivio, Galeotti e Resinelli, ha eletto: 1° Bertino Alessandro, 2° Alfieri Emilio, 3° Cova Ercole.

TORINO. — Il dott. Foà Carlo è nominato aiuto in fisiologia.

CONDOTTE E CONCORSI.

* ALBINO (*Bergamo*). — Condotta del centro; L. 4000 lorde e L. 300 U. S.; direzione dell'ospedale privato « Giovanni Honegger » con assegno di L. 1000; sessenni. Scadenza 10 febbraio.

AMASENO (*Roma*). — Condotta; L. 2800 p. poveri; L. 2000 p. abbienti, lorde; L. 100 quale U. S. Ab. 2954 di cui 2017 agglomer. Età limite 35 anni. Servizio entro 20 giorni. Scadenza un mese dall'8 gennaio.

CASOLA VALSENIO (*Ravenna*). — Titolare 2ª condotta. Soli poveri; L. 3300 lorde e 2 sessenni; L. 700 cavalc. Per le visite ai non poveri compenso determinato nelle apposite tariffe. Servizio entro 20 giorni. Scadenza 17 febbraio.

CASTEL S. PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — A tutto 23 febbr., ore 18, reparto IV; ab. 1685 di cui 87 a cura grat.; L. 3000 lorde e tre sessenni, oltre L. 600 per cav. e alloggio. Servizio entro 15 giorni.

CENTO (*Ferrara*). — Condotta Casumaro e Reno Centese. Servizi compiuti in condotta o presso ospedali. L. 3200 lorde e 3 sessenni; L. 600 per cavalc. obbl.; circa 3500 ab.; cura gratuita soli poveri; L. 75 per ogni gruppo di 100 poveri, oltre il limite di 1200. Funzioni entro quindici giorni. Scadenza 10 febbraio.

CHIUSI IN CASENTINO (*Arezzo*). — Condotta residenziale; L. 2600 per circa 2429 poveri; L. 602 per circa 1085 semi-abbienti; L. 100 quale U. S.; L. 700 per cav., lorde, con due sessenni; L. 300 circa sugli utili per la gestione a. f.; L. 350 per supplenza. Servizio entro 10 giorni. A tutto 15 febbraio.

COSENZA. *Ospedale civile*. — Direttore; L. 4000 lorde e tre quinquenni del 15 %. Età 30-50 anni. Richiedesi la libera docenza in clinica chirurgica. Documenti al presidente della Deputazione provinciale. Scadenza 60 giorni dal 2 gennaio.

CREMONA. *Spedale Ugolani Dati*. — Tre medici chirurgi assistenti biennali; L. 1500 nette, oltre L. 12 per ogni guardia notturna (circa 7 al mese) e L. 150 pel servizio di poliambulanza. Voti agli esami universitari. Eventuale conferma bienn. Scad. 20 febbr. Serv. col 1º marzo.

FELTRE (*Belluno*). — IV Reparto, poveri; a tutto 20 febbr. Ab. 4324 in 767 fam.; L. 3700 lorde di cui 500 per indenn. alloggio e 700 per indenn. trasporto; oltre L. 200 per supplenza; tre sessenni. Servizio entro 10 giorni.

FERMO (*Ascoli Piceno*). *Ospedale Civile*. — Cercasi subito assistente medico; stip. L. 1500 lorde. Vitto e alloggio. Impegno da parte dell'eletto di tenere l'ufficio per almeno 6 mesi. Rivolgersi alla Congregazione di carità per l'invio dei documenti e per ogni schiarimento.

FUSIGNANO (*Ravenna*). — A tutto il 14 febbraio. Condotta di Levante; residenz.; L. 3360; tre aumenti quinquennali; assegno L. 300 supplenza al medico dell'ospedale; indennità L. 400 per mezzo di trasporto.

GAMBARA (*Brescia*). — Dal 27 gennaio al 28 febbraio è aperto il concorso alla condotta libera; lorde L. 5000 (L. 4100 per n. 2600 ammessi alla assistenza medica gratuita; L. 675 per indennità di mezzo trasporto; L. 225 per U. S.); tre sessenni di L. 500 ciascuno. Ab. 3555. Ufficio postale-telegrafico, telefonico; elettrovia per Brescia.

LUCCA SICULA (*Girgenti*). — 2ª condotta medica, piena; ab. 2600; lorde L. 2500. Scadenza 20 febbraio.

LUGO. *Ospedale Umberto I*. — Cercasi giovane assistente disposto ad assumere subito servizio. Annuo assegno L. 1650 lorde; incerti. Alloggio ed accessori; prima colazione al mattino, vitto completo nei giorni di guardia (giorni alterni). Inviare domanda e titoli al chirurgo-direttore prof. Rossi.

MANDURIA (*Lecce*). — Condotta generalità Uggiano Montefusco; pop. 1080; L. 2000. Età limite 35 anni. Assunzione entro 10 giorni. Scad. 20 febbraio.

MEINA (*Novara*). — Condotta; chq. 2.10, metà in piano e metà in collina; ab. 1583; L. 3100, compreso U. S. Scad. 10 febbr.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Medico vice-ispettore; vedi fasc. 5. Docum. al Protocollo del Consiglio non oltre le ore 16 del 10 febbraio. Età massima 35 anni.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Tre medici assistenti residenti nella succursale dell'Ospedale Maggiore in Cernusco sul Naviglio. Vedi fasc. 5. Scad. 27 febbraio. Età massima 35 anni.

MONCESTINO (*Alessandria*). — Abitanti 746. Medico generalità; L. 2600. Scad. 20 febbraio.

NOASCA (*Torino*). — Ab. 1396. Condotta consorzio, L. 2500 pei poveri; alloggio. Scadenza 20 febbraio.

PONTI SUL MINCIO (*Mantova*). — A tutto il 10 febbraio; residenziale. Ab. 1053 dei quali 700 agglomerati; L. 3000 lorde e tre sessenni; se U. S. L. 200; non obbligo di cavalcatura.

PONZA (*Caserta*). — Condotta piena nella borgata Forna; L. 3000 oltre L. 1000 disagiata residenza, lorde. Scadenza 28 febbraio.

ROCCACASALE (*Aquila*). — Medico per la generalità degli abitanti che sono 1900 riuniti. Paese in montagna, 400 m. sul livello del mare; L. 3000 e 200 per uff. san. Sessenni. Scade 10 febbraio.

ROCCADEBALDI (*Cuneo*). — Medico poveri; popolaz. 2663; L. 2150 lorde. Scad. 10 febbraio.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Due primarî radiologi e due aiuti radiologi. Scad. ore 16 del 15 febbraio. Vedi fascicolo 5.

SAN BARTOLOMEO IN GALDO (*Benevento*). — 2ª condotta pei poveri; L. 1178.40 lorde. Al 25 febbraio. Carica fra 20 giorni. Chiedere l'annunzio.

* SAN LORENZO IN CAMPO (*Pesaro-Urbino*). — Medico per S. Vito sul Cesano; condotta semi-residenziale; L. 4150 lorde con 3 sessenni. Assunz. in servizio entro 15 giorni. Scad. 12 febbr.

S. DANIELE NEL FRIULI (*Udine*). — Medico primario del Manicomio annesso all'Ospitale civile; L. 3500 lorde, vitto ed alloggio interno. Titoli pratici e scientifici. Scad. 25 febbraio.

S. MARIA A MONTE (*Firenze*). — 2ª condotta piena; lorde L. 3500, oltre assegno per cavalcatura di L. 700. Due sessenni obbligatori e due facoltativi. Proroga al 20 febbraio.

SANTO STEFANO D'AVETO (*Genova*). — Prima condotta residenziale per 2948 ab.; L. 2500 lorde; L. 500 indennità cav. Scad. 15 febbraio.

* SARTEANO (*Siena*). — 2ª condotta; ab. 1000 in paese e 1400 in campagna; lorde L. 2000 p. poveri, L. 1150 p. abb., e L. 250 p. supplenza; L. 700 nette p. cav., tre sessenni di L. 300; assicuraz. Scad. 15 febbr.

SEGUSINO (*Treviso*). — Medico consorziale; L. 4500 lorde, L. 300 mezzo trasporto, L. 200 uff. san. Scadenza 28 febbraio.

SEULO (*Cagliari*). — Condotta generalità; L. 3650 lorde. Scad. 17 febbraio.

SUVERETO (*Pisa*). — A tutto il 15 febbr., prima condotta; L. 3400 con tre sessenni, lorde, pei poveri ed i semi-abbienti; L. 300 per cav.; ettari 4500, ab. 3593. Servizio entro 15 giorni.

TREVI NEL LAZIO (*Roma*). — Condotta; L. 2800 lorde e L. 100 per uff. san., L. 400 per arm. farm. Età 21-40 anni. Assunzione entro 15 giorni. Scad. 15 febbraio.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Medico assistente di 1ª classe nella IV Divisione medica; L. 1700 lorde e alloggio nell'Istituto. Titoli ed esami. Età massima anni 35. Servizio per almeno quattro anni presso ospedali, cliniche o condotte, salvo eccezioni per gli attuali assistenti di 11ª classe. Nomina per biennio salvo riconferma. Rivolgersi all'Ufficio medico (direttore). Scadenza 16 febbraio.

VERONA. *Deputazione provinciale*. — Ostetrico assitente presso la Maternità. Docum. al Protocollo entro le 17 del 28 febbr. Pratica di microscopia clinica. L. 1450, oltre l'alloggio mobiliato e riscaldato; vitto dal Brefotrofio. Nomina annua, conferma triennale, servizio entro 20 giorni.

VIRGILIO (*Mantova*). — È prorogato a tutto il 20 febbraio il concorso pel reparto di Cerese, in pianura, capoluogo del Comune che dista da Mantova chil. 3. L. 3000, più L. 600 (per queste è riservata l'approvazione superiore) di indennità pel cavallo e vettura obbligatoria, e L. 300 di retribuzione se ufficiale sanitario. Aumenti sessennali, ab. 2500 circa, metà circa inscritti nell'elenco dei poveri.

Medico-chirurgo, pratico condotta, buoni requisiti, cerca interinato a convenienti condizioni, della durata di qualche mese, entro la 2ª quindic. febbr. Abb. *Policlinico* 1139, posta, Perugia.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Ci si comunica:

« La Sezione fanese revoca le diffide per i concorsi a tre condotte del Comune di Cagli (Primaria di Città, frazione di Pianello e frazione Montescatto) ed a quella di San Lorenzo in Campo perchè le relative Amministrazioni hanno accolto il nuovo patto di condotta a sistema residenziale ».

« La Sezione fanese dell'A. N. M. C. revoca le diffide dei concorsi di San Vito nel Cesano (Comune di San Lorenzo in Campo) e di Montepaganuccio (Comune di Cagli) perchè i relativi patti di condotta sono a sistema residenziale ».

IGIENE SOCIALE.

Amici e nemici invisibili.

È il titolo della conferenza tenuta al *Lyceum romano* il giorno undici del decorso gennaio dal prof. B. Gosio, direttore del laboratorio batteriologico della Sanità pubblica. La dizione fu della consueta, elegante chiarezza per cui, attraverso il contenuto rigidamente scientifico, il prof. Gosio riuscì a far comprendere al pubblico in maggioranza profano di scienze mediche, la proteiforme biologia dei microorganismi nei rapporti sociali umani.

Il concetto di amici e nemici, egli disse, anche nel mondo degli invisibili ad occhio nudo, è strettamente legato al vantaggio ed al danno che da essi ci possiamo attendere. L'unica guida è segnata dal nostro egoismo, al punto che taluni microbi, pur comportandosi sempre nello stesso modo rispetto alle leggi della natura, ci si rivelano amici o nemici a seconda che favoriscono o contrastano un nostro interesse.

Così il *micoderma aceti* che ha la missione specifica di ossidare l'alcool etilico e trasformare il vino in aceto, noi lo chiamiamo amico soltanto quando ci trasforma il vino cattivo in buono aceto; i bacilli dell'acido lattico, finchè coagulano il latte o acidificano e guastano le creme ed i latticini che ci piace consumare freschi e genuini, sono dei noiosissimi flagelli casalinghi; ma quando si chiamano *Yougourth, lacteol, fermenti bulgari* e... tanti altri preparati che si consigliano per redimere il nostro intestino da flore maligne, conseguenza dei nostri disordini dietetici, sono amici preziosi. L'industria del caseificio si vale di vere associazioni microbiche (simbiosi) per produrre taluni aromi che rappresentano il successo commerciale di certi formaggi; ma sono associazioni benefiche soltanto se assecondano l'interesse del produttore: in caso contrario diventano di delinquenza. Nè deve dimenticarsi il mutar di pareri e di gusti da periodo a periodo, da persona a persona, per cui p. e. i *saccaromiceti* della fermentazione alcoolica sono ben visti dagli enofili ed odiati dagli enofobi. E così via discorrendo.

Se poi dai piccoli interessi passiamo ai grandi interessi vitali, è necessario distinguere due grandi schiere di amici e di nemici invisibili: la prima è costituita dai *microbi nitrificanti*, che, aiutati dai *putrefacenti*, adempiono al meraviglioso compito della fertilizzazione del terreno; essi funzionano pure come impareggiabili agenti di pulizia, perchè depurano il suolo, il mare, i fiumi dall'immane copia di rifiuti che di continuo si eliminano dal regno animale e vegetale.

Senza questi microbi, si arresterebbe la vegetazione e quindi la vita del mondo: ebbene questi essere così benefici sono quasi dimenticati, a tal punto che, d'ordinario, non si pensa neppure all'esistenza di essi, e la parola *microbo* è per i più sinonimo di rovina.

La schiera dei grandi nemici invisibili è fatta dai microbi infettivi; siccome attentano alla salute, alla vita dell'uomo, degli animali, delle piante, dei frutti, sono senza dubbio causa di danni e di tragedie. Tuttavia l'umanità non è stata mai distrutta dalle malattie infettive neppure quando per ignoranza si prendevano misure che le favorivano invece di arrestarle, mentre basterebbe uno sciopero un po' prolungato dei batteri del suolo per affamare il mondo intero.

Bisogna poi riconoscere che siamo proprio noi a provocare, invitare i germi patogeni coi nostri disordini, col nostro vivere scorretto, colla facile sostituzione del capriccio al raziocinio. Per produrre un morbo infettivo occorrono, è noto, due elementi: l'agente specifico, il *malo seme,* e la predisposizione organica, ossia il *terreno propizio* affinchè quello attecchisca. Eliminando l'uno o l'altro di questi due fattori la malattia infettiva non si produce: orbene è doloroso dover constatare l'incuria pressochè generale nell'ottenere l'una o l'altra salvaguardia. Si pensi allo sprotezionismo igienico nell'alimentazione, ad esempio, alle tonnellate di carne insaccata rancida ed infetta che si consuma per gran parte dell'anno; si pensi alle acque potabili che, anche in grandi centri, tuttodì vengono raccolte dalla strada o — cosa assai comune — sono tenute in pozzi scoperti, accessibili ad ogni sorta di animalucoli, il cui domicilio non è sempre pulito; si pensi ancora alle abitudini familiari e civili a quanti si puliscono le mani nei momenti critici, a quanti riparano i cibi dagli insetti più immondi, a quanti si puliscono le scarpe entrando in casa, dopo essere state a contatto colle maggiori incognite sanitarie: e dopo ciò osiamo lamentarci dei *botulismi,* dei *paratifi,* delle *intossicazioni intestinali,* ecc.!

Nè si fa di più per togliere le disposizioni alle infezioni: se non vi fosse l'alcoolismo vi sarebbe un numero assai minore di tubercolosi e di cancerosi, e si morirebbe assai meno di polmonite: ora l'alcoolismo è una piaga sociale voluta dall'uomo, senza parlare dei disordini dietetici, tristi favoreggiatori del tifo, del colera, della dissenteria. E quante candidature funeste si preparano nella scuola che dà il massimo contributo alla morbosità per tubercolosi! Tutte queste colpe unicamente nostre non possiamo mettere quindi a carico dei microbi.

È perciò evidente che nel mondo degli invisibili noi troviamo assai più amicizia che odio; non solo: ma mentre l'odio è evitabile ed in tutti i modi tollerabile, senza l'amicizia non potremmo esistere.

Un grande insegnamento viene da queste considerazioni: occorre educare meglio le coscienze dei giovani affinchè riconoscano di più il bene che ne circonda e temano meno il male, da cui è facile ripararci con una migliore disciplina di noi stessi.

Li 1° febbraio 1915. *p. z.*

NOTIZIE DIVERSE.

La vaccinazione antitifica nell'esercito e nella marina.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il seguente decreto reale:

« Veduto il parere, emesso nella seduta del 16 dicembre 1914, col quale il Consiglio Superiore di Sanità, sulla base della larga sperimentazione scientifica, della pratica acquisita, nonchè dei notevoli risultati ottenuti dalle esperienze del nostro esercito e della nostra armata, fa voti affinchè sia attuata urgentemente la vaccinazione antitifica obbligatoria nell'esercito e nella armata;

Sentito il Consiglio dei ministri;

Sulla proposta del presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro Segretario di Stato per gli affari dell'Interno, di concerto con i ministri della Guerra e della Marina;

Abbiamo decretato e decretiamo:

Art. 1. È data facoltà ai ministri della Guerra e della Marina, di concerto col ministro dell'Interno, di dichiarare obbligatoria la vaccinazione antitifica rispettivamente per l'esercito e per l'armata e di stabilire i termini e le modalità della esecuzione.

Art. 2. Sarà adoperato il vaccino preparato dal laboratorio batteriologico della Direzione Generale della Sanità pubblica o da altri Istituti, all'uopo legalmente autorizzati.

Art. 3. L'onere della spesa graverà sulle amministrazioni cui appartengono i corpi da vaccinare.

Art. 4. Il presente decreto sarà presentato al Parlamento per la conversione in legge.

Ordiniamo che il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sia inserto nella raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, mandando a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare ».

Per l'assistenza ospedaliera a Roma.

Il ministro dell'interno, presidente del Consiglio, ha nominato una Commissione d'inchiesta, presieduta dal Sottosegretario di Stato on. Celesia, e composta dai comm. Brofferio, Lusignoli e Pizzuti, affidandole l'incarico di studiare le nuove norme regolatrici dell'assistenza e del personale ospedaliero di Roma.

Il R. Commissario comm. Lusignoli ha nominato un'altra commissione per studiare la questione ospedaliera di Roma e sollecitare le opportune riforme.

Nuovo ospedale a Padova.

A Padova si sono inaugurati i due nuovi grandiosi padiglioni dedicati a Luigi Camerini e al dott. G. B. Dal Monte. Vi troveranno cure conformi ai moderni dettami della scienza medica i tubercolotici. Sono costati 300,000 lire. Alla cerimonia parteciparono le più alte autorità cittadine ed una folla d'invitati.

Il comm. Lonigo, presidente dell'Ospedale, ricordò l'opera svolta dai suoi predecessori e le fasi attraverso le quali passò l'iniziativa; parlarono anche altri oratori.

Per il manicomio provinciale di Milano.

Il Consiglio provinciale di Milano ha approvato il progetto di fognatura pel Manicomio di Mombello (spesa preventivata a 180,000 lire).

Si è poi occupato di una interpellanza dell'on. Valvassori-Peroni, sulla opportunità di istituire nello stesso Manicomio un riparto per deficienti, con intento educativo ed istruttivo; il deputato Travelli assicurò, in nome della Deputazione, che a tale provvedimento si darà opera al più presto.

Furono poi presi in esame i provvedimenti per rimediare in via d'urgenza all'affollamento dei ricoverati nel manicomio (interpellanza Gonzales). Il deputato Travelli promise, in nome della Deputazione, l'istituzione di un nuovo Manicomio nel Lodigiano; ma l'interpellante non fu soddisfatto ed insistette sull'erezione di un Istituto di accettazione sull'area provinciale di Affori, per l'osservazione e la cura, in sostituzione della cosidetta Astanteria di Milano; proposta avanzata e sostenuta validamente dal direttore del Manicomio, prof. Antonini.

All'Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Il segretario dell'Accademia prof. Modestino Del Gaizo ha rievocato, con parola efficace e vibrante di entusiasmo, la figura del grande anatomico A. Vesalio, di cui ricorre il quarto centenario, e quella di B. Ramazzini, di cui ricorre il secondo centenario. Lo scienziato belga, che fu l'antesignano degli studî che mirano alla conoscenza dell'uomo, ed il medico modenese, che precorse l'igiene sociale, sono riapparsi nelle loro linee essenziali; e l'opera loro a vantaggio delle discipline mediche venne riassunta mirabilmente dal Del Gaizo che non tralascia occasione di richiamare l'Accademia alle sue migliori tradizioni e di mantenere vivo nei nostri studii scientifici il senso storico.

Dopo prese la parola il prof. Vastarini-Cresi per commemorare Giovanni Antonelli. L'illustre maestro, che ha lasciato sì vivo rimpianto di sè e che fu presidente dell'Accademia, non poteva trovare parola più degna per essere ricordato. Il Vastarini ha messo in piena luce tutta l'attività scientifica e didattica dell'Antonelli, che per quarant'anni insegnò anatomia umana nell'Ateneo napoletano e vi educò ai più alti ideali civili parecchie generazioni di giovani. I professori intervenuti, tra i quali il Paladino, il De Giaxa, il Iappell, il Pansini, il Miranda, il De Amicis, il Corrado, il Comes, e quasi tutti i componenti della Facoltà medica si congratularono vivamente con l'oratore.

L'Accademia non poteva con maggior dignità iniziare il nuovo anno accademico.

Per le scuole di ostetricia.

La Commissione che ha giudicato il concorso per la Scuola di ostetricia di Arezzo, composta dei professori Truzzi, Clivio, Miranda e Galeotti, accolse unanime la proposta del suo presidente prof. Guzzoni di chiedere l'apertura del concorso per le scuole di ostetricia di Aquila, Catanzaro ed Urbino, tuttora affidate ad incaricati, e di portare tali voti, insieme a quelli per la modificazione al regolamento delle Scuole d'ostetricia, al ministro dell'Istruzione. Sua Eccellenza il ministro Grippo accolse molto benevolmente il prof. Guzzoni che espose al ministro i voti da circa 20 anni ripetuti in tutti i modi circa il regolamento e l'insegnamento nelle Scuole di ostetricia. Il ministro promise che si sarebbe occupato della questione importantissima, e chiese al prof. Guzzoni che gli fossero inviate le principali pubblicazioni e i voti emessi al riguardo.

Comitato lombardo di preparazione.

A Milano si è costituito nei giorni scorsi il « Comitato Lombardo di preparazione » che si propone di raccogliere, organizzare e coordinare tecnicamente tutte le attività capaci di provvedere in tempo di guerra alla difesa sussidiaria dal Paese, alla continuità dei pubblici servizi, all'assistenza e alla previdenza sanitaria.

Vi hanno aderito l'Assistenza pubblica milanese, la Scuola delle levatrici, la Scuola infermiere professionali Victor De Marchi, ecc.

Treni ospedali tedeschi.

L'esercito tedesco dispone di un buon numero di treni-ambulanza, di cui alcuni sono provveduti dallo Stato, altri sono donati da associazioni private.

Tutti questi treni si compongono all'incirca di 25 vagoni per soldati e ufficiali, un vagone con sala operativa, un vagone-farmacia, un vagone-cucina e un salotto per i medici. I vagoni-ufficiali, di cui ve ne sono un paio in ogni treno, contengono otto letti sovrapposti a due a due. I vagoni dei soldati ne contengono dieci, e questa è la sola differenza. Su ogni letto è già disposta una camicia di flanella o maglia, e, oltre al cuscino ordinario, un cuscino ad aria compressa e sotto al letto sta pronto un paio di pantofole. Ogni vagone è provvisto di un bariletto d'acqua e complessivamente il treno può trasportare 900 litri d'acqua. Vi è un armadio per il ghiaccio, e, si intende, abbondante materiale farmaceutico.

Un tale treno costa dalle 125 alle 180 mila lire. Una grande croce rossa è dipinta sui vagoni in tutta la loro altezza su campo bianco.

Per la Croce Rossa inglese.

Una sottoscrizione aperta dal « Times » all'inizio della guerra in favore della Croce Rossa Inglese ha fruttato circa mezzo miliardo.

Per la Croce Rossa germanica.

Sono stati posti in vendita nella Germania dei francobolli per la Croce Rossa. Sono di due specie: da 5 e da 10 pfennighe. Vengono venduti su larga scala.

Studenti medici sul fronte.

La « Medizinische Klinik » valuta a 2750 gli studenti di medicina della Germania autorizzati a prestare servizio nei ranghi, equiparati ai medici forniti di diploma.

In seguito verranno sottoposti ad un esame.

Di essi 1500 sono stati già distribuiti tra le forze combattenti di terra e di mare. Il numero complessivo dei medici della Germania è così aumentato improvvisamente di circa il 7 %.

Una medichessa sul fronte.

La « Deutsche mediz. Wochenschrift » informa che la moglie del chirurgo viennese A. Lorenz, una dottoressa, volle accompagnare il marito sul fronte in qualità di assistente. Ella è stata decorata dall'imperatore; ha ricevuto la medaglia d'oro del merito con corona e medaglia al valore.

« Serate medico-militari ».

I medici militari della Germania si riuniscono in varî punti del fronte, una o due volte per settimana, onde fare delle comunicazioni e tenere delle discussioni su argomenti di medicina di guerra. I resoconti di queste serate medico-militari vengono pubblicati regolarmente nei giornali medici dell'impero. Nel Belgio i medici del luogo sono spesso invitati alle riunioni.

All'interno della Germania invece varie società mediche sogliono riunirsi in unica seduta, a causa della scarsezza di medici determinata dal servizio militare.

Réclame ciarlatanesca vietata a Berlino durante la guerra.

Le autorità di Berlino hanno emanato un decreto il quale vieta, per tutta la durata della guerra, sui giornali e su altri periodici di Berlino e del Brandeburgo, la pubblicazione di annunzi relativi alla guarigione delle malattie veneree. Il decreto non si applica ai medici laureati.

Documenti umani della guerra.

Molte narrazioni fatte dai soldati feriti ricoverati nel « Charité Hospital » di Berlino, sono state raccolte sotto il titolo di « Kriegs Documente » dall'editore G. Thieme di Lipsia, in un volumetto posto in vendita a benefizio delle famiglie dei feriti.

Le infermiere della Croce Rossa tedesca.

Il generale von Lachow, comandante la guarnigione di Diedenhofen, ha emanato un proclama in cui disapprova la condotta delle infermiere della Croce Rossa tedesca, le quali s'invaghiscono dei feriti francesi ed inglesi affidati alle loro cure, tanto che si sono già avuti alcuni fidanzamenti più o meno ufficiali. « E' inconcepibile, dice il proclama, che delle donne tedesche possano trascurare i loro nobili doveri negli ospedali al punto da innamorarsi di nemici della patria e da fare di questi uomini, che hanno combattuto contro di noi e desiderano la nostra rovina, i loro fidanzati, cioè i futuri padri dei loro figli ». E addita alla pubblica indignazione le colpevoli di lesa patria.

Il vaiolo a Vienna.

Un'epidemia di vaiolo ha assunto a Vienna proporzioni allarmanti. Il 27 gennaio erano segnalati 600 casi, di cui 150 manifestatisi nell'ultima settimana.

Assegni per ricerche scientifiche.

L'Accademia austriaca delle scienze ha assegnato lire it. 6250 al prof. Wagner v. Jauregg di Vienna, affinchè prosegua le sue indagini sull'etiologia del gozzo; lire it. 3065 al prof. Honigschmid di Praga, affinchè prosegua le sue indagini sul peso atomico dei corpi radioattivi; lire it. 1875 al prof. Netolitzky di Czernowitz, affinchè prosegua i suoi studi sulla storia dell'alimentazione.

La produzione dell'iodio a Giava.

Il consumo dell'iodio in tutto il mondo raggiunge le 500 tonnellate. Tale elemento si estrae per la massima parte dalle acque madri dei nitrati del Chilì ed in parte dalle ceneri di « varech » in Norvegia, nella Scozia, in Francia e nel Giappone. Da qualche tempo, però, l'iodio è anche estratto dalle acque minerali di Giava, acque che lo contengono allo stato di oduro di magnesio nella quantità di 12 cgr. di iodio per litro.

La produzione di Giava, limitata alle sorgenti demaniali, raggiunge di già le 30 tonnellate di iodio all'anno, ma è certo che maggiore potrebbe essere, se la proprietà fosse meno divisa. I piccoli proprietari, infatti, non possono trovare alcuna convenienza ad impiantare nei proprii terreni una industria del genere, che molto scarsamente e forse nulla renderebbe loro.

Per A. Neisser.

Il prof. A. Neisser ha compiuto il 60° compleanno il 22 gennaio u. s.

L'86° volume dello « Archiv für Dermatologie und Syphilis » è stato consacrato in tale occasione all'eminente venereologo, scopritore dell'agente specifico della gonorrea ed attivo promotore della lotta contro le malattie veneree. Altri giornali medici della Germania gli dedicano vari articoli.

La notizia « Nella stampa medica » pubblicata sul fasc. 5, pag. 183, deve dire, alla riga 10ª: prof. sen. Errico De Renzi.

È morto a 82 anni **Alfred Fournier**. Dal 1862 fino a quando raggiunse i limiti d'età insegnò dermo-sifilografia alla Facoltà medica di Parigi. È stato uno dei sifilografi più rinomati. I suoi metodi curativi sono divenuti classici in tutti i paesi civili; i suoi trattati, tradotti in molte lingue, fanno ancora testo.

Il prof. **Georg Jochmann** è morto a 40 anni di tifo esantematico contratto nello studiare questa malattia fra i prigionieri russi.

Il suo « Lehrbuch der Infektionskrankheiten » recentemente pubblicato a Berlino dall'editore J. Springer, può essere considerato come uno dei migliori trattati che si conoscano. Dirigeva la sezione per le malattie infettive all'Ospedale Rudolf Virchow di Berlino.

Rassegna della stampa medica.

Mediz. Klinik, 25 ott. von HESS: Le principali ferite e malattie dell'occhio in guerra. — LÜDKE. Le vaccinazioni preventive nell'esercito in guerra.

Wien. klin. Woch., 29 ott. GLASER: Il veronalismo cronico. — JOACHIN: Cura della paralisi progressiva con tubercolina. — RAIMANN: Sull'isteria. — EISELSBERG: La cura dei feriti in guerra.

Giorn. intern. d. Sc. Med., 31 ott. PALAZZO: Calcolosi vescicale in bambini operati con epicistotomia. — JAPPELLI: Azione biologica e terapeutica del torio X.

Riv. Crit. di Clin. Med., 31 ott. SISTO: La leucopenia.

Klin.-ther. Woch., 19-26 ott. ORTNER: Tifo e paratifo. — MÜLLER: Dieta e decorso delle ferite.

Zbl. f. inn. Med., 31 ott. REICHE: Eresipela da stafilococci.

Zbl. f. Chir., 31 ott. FRANKE: Il risparmio del materiale per medicatura.

La Rif. Med., 31 ott. PALMULLI: Il valore delle kenotossine nei processi d'immunità. — SCINICARIELLO: Ipofisi e gravidanza. — CADANI e CARAFOLI: Il trattamento Bruschettini nella cura della tubercolosi.

Riv. di Tiflologia, ott. NEUSCHÜLER: Oftalmologia e tiflologia.

Bull. d. Sc. Med., ott. FORNI: Osservazioni sopra cento tumori. — ROCCHI: La tensione superficiale del sangue nell'occlusione intestinale sperimentale.

Bull. de l'Ac. de Méd., 27 ott. FERNET: Contro il freddo alle mani ed ai piedi. — TÉMOIN, ROCHARD: Chirurgia di guerra. — D'HÔTEL: Iniezioni intrarachidee di siero antitetanico. — ACHARD: Sull'igiene dell'infanzia.

The Boston M. a. S. Journ., 29 ott. Numero sulle malattie professionali.

Boll. d. Clin., ott. CARDARELLI: Ciste da echinococco del polmone. — DI GIORGIO: Terapia delle pleuriti purulente dei bambini col metodo di Bülau. — PUJOL: Sulla gangrena spontanea degli organi genitali. — MONISSET: Semeiologia dello spazio di Traube.

L'Attualità Med., sett.-ott. DEVOTO: Le lesioni tubercolari dell'apice polmonare. — MONCALVI: Uso ed abuso della tintura di iodio nella pratica medica.

The Journal A. M. A., 24 ott. BROOKS e CARROLL. Il cuore nella sifilide. — STENGEL: La «malattia cardio-renale».

Terapia, ott. BELFANTI: Sull'uso dei vaccini.

Rev.-Clin. de Madrid, 30 ott. GOYANES: Chemoterapia diretta della tubercolosi locale.

Medic. Record, 24 ott. BULKLEY: I rapporti tra dieta e cancro. — GORDON: Gli aspetti neurologici e psichiatrici degli infortuni ferroviarî. 31 ott. THOMSON: Disordini vasomotori. — PENDEXTER: La cellulite orbitale.

Annals of Surg., ag. DE PAGE: Chirurgia da guerra. — WITZEL, KUZMIK, BINNII: Amputazioni. — LEXER: Trapianti liberi. — ULLMAN: Trapianti d'organi e tessuti. — J. MAYO, HATMANN, DE QUERVAIN: Ulcere dello stomaco e del duodeno.

Sett. H. MAYO. Sugli innesti cutanei. — RANDALP, TENNEY-UHLE: Tumori uretrali e vescicali. — THOMAS e PANCOAST: Vesciculite seminale.

Ott. ALEXANDER: Una cura delle vecchie cicatrici contratte. — TOREK: Scomparsa di un carcinoma mammario dopo castrazione. — OPPEL: Sulla chirurgia del crasso.

Il Lavoro, 30 ott. Commemorazione di B. Ramazzini.

Zbl. f. Ther., ott. TUMA: Il boroformio in ostetricia.

The Lancet, 31 ott. GORDON: Sul tetano traumatico. — RUSS: Trattamento elettrolitico delle cistiti.

Ann. dell'Ist. Maragliano, 31 ott. VERDOLIVA: Le infezioni da «Micrococcus catarrhalis» di R. Pfeiffer. — BERTOLINI: Ricerche fisico-chimiche sull'espettorato pneumonico.

La Pratica Oto-rino-laring., 31 ott. D'AJUTOLO: Anomalie congenite del padiglione auricolare. — CASTELLANI: Sulla rieducazione uditiva.

La Nuova Riv. Clin.-Ter., 31 ott. MASUCCI: Sulla leucocitosi digestiva.

Giorn. di Med. Milit., 31 ott. FUNAIOLI: Il criminaloide nell'esercito. — ZANUTTINI: I segni di Babinski e d'Oppenheim. — SPADARO: Sui leucociti a contenuto grassoso considerati come elementi semiologici.

Ann. di Clin. Med., 1 nov. PITINI e AMADO: Sull'avvelenamento cronico da nicotina. — ADAMO: Sull'etiologia delle anemie splenomegaliche dell'infanzia. — CERNIGLIA: Un caso di steatonecrosi. — QUADRI: Infantilismo mitralico in soggetto tubercolotico. — PHILIPPSON: Gli esantemi tossiemici. — PITINI e FERNANDEZ: Influenza di alcuni ipnotici sulla formazione di anticorpi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. *Roma, 14 febbraio 1915* **Fasc. 7**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Premio ordinario agli associati, per il 1915.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Assistente nella R. Clinica Otoiatrica
e aiuto medico negli ospedali di ROMA

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Sarà un volume di formato tascabile di circa 800 pagine, nitidamente stampato, con molte figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso. È già in corso di stampa e verrà spedito nel primo trimestre del 1915.

SOMMARIO: INTRODUZIONE. *Importanza dell'otorinolaringoiatria.* Intenti e confini moderni di questa branca. — I. NASO. Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia: Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame del naso. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. SENI O CAVITA ANNESSE AL NASO. IPOFISI. — II. BOCCA. FARINGE. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della faringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. ESOFAGO, TIROIDE E TIMO. — III. LARINGE E TRACHEA. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della laringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. — IV. ORECCHIO. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame dell'orecchio. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. Medicina legale e infortuni sul lavoro.

Avvertenza. **Per aver diritto al suddetto interessante volume, spedire** *subito*, **mediante Cartolina-vaglia indirizzata nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, n. 46 - ROMA, l'importo d'abbonamento per l'anno 1915. (✻)**

(✻) N. B. Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

Sul pneumotorace artificiale

per il prof. G. BRECCIA.

(*Continuazione e fine*).

VI. — *Azione del pneumotorace artificiale.*

L'*azione clinica*: a collasso sufficiente, e a *fortiori* a collasso completo, cede, come è noto, la febbre, la tosse, l'espettorazione, i fenomeni tossiemici; aumentano i poteri difensivi o meglio aumentano in circolo le sostanze antireagenti (agglutinine, precipitine, opsonine, antitossine, anticorpi); cedono le progressioni distruttive e gli *Abwehrfermente* d'Abderhalden scompaiono dal siero (Jessen); gl'indici tossici cadono e scompare la reazione di Moritz-Weiss (Curti). La crasi sanguigna migliora. Vidi *precocemente* innalzarsi il tasso emoglobinico e solo successivamente il numero delle emazie, scomparire la leucocitosi e la polinucleosi, stabilirsi una spiccata mononucleosi. La successione fra l'aumento dell'emoglobina e quella delle emazie non mi permette di convenire col Burnstein, che dà all'aumento dei globuli rossi un significato di compenso sulla diminuita ematosi.

La *respirazione* compensa la diminuzione dell'area respiratoria, come sempre avviene, se il soggetto sopravvive alla causa riducente: talvolta ipercompensa e migliora lo scambio gassoso (Binet, Langlois, Desbouis); l'ossigeno circolante è sopperito, l'CO_2 non si accumula (Burns, ecc.).

La *circolazione* generale non si modifica: la pressione arteriosa è immutata (Cohn, Rosembach, Sieven, Gilbert e Roger, Sakur), dopo fugaci aumenti (fin di 10': Burnstein) o dopo transitorie diminuzioni, com'io vidi. Poche osservazioni sono discordanti e depongono per l'aumento (Knoll, Hnatek, Sauerbruch, Ganzew). L'ipertrofia del v. d. dei cani di Bruns non ho mai vista in alcun animale, nè nell'uomo. Modificazioni del ritmo o dei toni cardiaci osservai per breve tempo e senza conseguenze anch'io.

Nulla clinicamente ci dice che cosa avvenga adunque nel polmone in cura e l'antico concetto dello schiacciamento meccanico delle caverne ha bisogno naturalmente di essere illuminato.

Le ricerche si rivolgono ora alla circolazione endopolmonare avanti tutto. Certo è che, sia Bruns anemizzando, che Tiegel iperemizzando il tessuto polmonare, ottenero sclerosi. Ma tal fatto è bruto, noto per mille esperienze di patologia generale, violento ed eccessivo nella tecnica coll'intervento diretto sui vasi *ad-* e *abferenti*.

Il collasso di per sè stesso dà sclerosi?

Il collasso polmonare di Krönig può scomparire con l'ostacolo che lo determinò, può persistere oltre durando i fatti irritativi, che vi si accoppiano, permane in *collaps induration,* ma per un vero processo infiammatorio. Nessuna sclerosi esiste in alcun organo, che non rappresenti un esito di degenerazione paranchimale, infiammatoria o meno, degli elementi differenziati.

La sclerosi cicatriziale del processo tubercolare polmonare è identica per tutti i momenti causali, che essa non rivela a processo finito.

Ma che cosa avviene in realtà nella circolazione endo-polmonare nel pneumotorace. o in generale per la compressione del polmone?

Si avrebbe l'anemia secondo Toussaint, Stokes, Czernicki, Adams, Burns, Begtrup-Hansen. Si avrebbe l'iperemia secondo Sakur, Sauerbruck, Steinbach, ecc.

È bene osservare tuttavia: se la compressione del polmone deve scacciare il sangue dai capillari polmonari, essa dovrà superare la pressione, che in questi esercita il sangue circolante. Questa pressione capillare nel gran circolo, secondo le medie dei dati discordanti, varia attorno ai 40 mm. di Hg. pari a 544 mm. di acqua distillata. E poichè la pressione della piccola circolazione si ritiene in media 2/5 della pressione del gran circolo, dovrà ritenersi quivi oscillante intorno ai 16 mm .di Hg., cioè ai 217 d'acqua distillata. Ora, per schiacciare i capillari sanguigni polmonari, si dovrebbe raggiungere sul polmone una pressione utile di almeno 21 cm. d'acqua. Ma questa pressione utile non è mai raggiunta nel pneumotorace, perchè le alte pressioni positive si utilizzano solo, quando il polmone è aderente o incompressibile. Senza dire che noi esercitiamo per essa sulle vene endopleuriche una compressione qualsiasi, che diminuirà più o meno la negatività della pressione venosa e quindi lo scarico venoso, che si basa in gran parte sulla aspirazione toracica, oltre che sul lavoro del cuore.

Noi siamo adunque sicuri di fare due cose: ostacolare il deflusso delle vene collettrici del polmone senza giungere nè a modificare il deflusso arterioso, nè sensibilmente la pressione capillare. L'effetto quindi è prevedibile. Ma alla deduzione fisiologica si aggiunge lo sperimento: Sakur, e Cloetta dipoi, dimostrarono che nel collasso affluisce più sangue, che nel polmone normale.

Senonchè il circolo endopolmonare nella tubercolosi di quell'organo non avviene, come in condizioni normali, a causa delle variazioni dell'addensamento, dovuto ai focolai; ciò porta che la compressione per il pneumotorace curativo non sarà uniforme su tutti i punti anche a seconda della morfologia del pneumotorace stesso. Le condizioni circolatorie non potranno essere adunque eguali dovunque. E le considerazioni si complicano, quando si pensi allo stato, che per la distensione polmonare si creò sui vasi dell'ilo.

Noi possiamo con lo sperimento riprodurci ciò, che avverrebbe nel sano per un pneumotorace, totale, libero, completo o no. Io ho veduto che nel cane con collasso naturalmente incompleto, nella scimmia con collasso completo e *perfino mortale,* nel coniglio con toracoplastica, si nota sempre sovrariempimento dei vasi arteriosi, venosi e capillari e che lo stesso reperto si ha nella cavia e nel coniglio con iniezione intrapleurica unilaterale di paraffina. Infine la stessa iperemia io ho notato nell'uomo con pneumotorace a collasso perfetto, recente e notevole.

Altri coefficienti, oltre il fatto vasale, furono chiamati in causa e giustamente dai varii autori.

II. — Dirò avanti tutto dell'azione sclerogena, polmone in cura (Cantani e Arena). Dalla pleura che la pleura, quasi sempre irritata, esercita sul muoverebbero delle forme, che io indico nel mio libro col nome di polmoniti metapleuritiche o sclerosi pleurogene. Io credo che molti malati, che guariscono dopo troppo breve durata della cura, o in seguito a lunga permanenza del liquido pleurico, guariscono con questo meccanismo; in ambi i casi le pleuriti organizzanti sono

la regola. Che queste pleuriti possano con qualche successo prodursi artificialmente a scopo curativo, dimostrò, or è un anno Cecicas, partendo da concetti analoghi a quelli del Cantani e Arena.

III. — Ma, fra le varie teorie sull'azione del pneumotorace artificiale, sorse per timide affermazioni della scuola di Brauer e di Lione la dottrina dell'*autoinoculazione,* derivante dalla compressione polmonare. Per essa infatti l'assorbimento dei materiali tubercolari verrebbe diminuito fino ad ottenere una specie di autosieroterapia.

In favore di questa ipotesi stanno i fatti, che io ho già esposti al num. 12-13 della regolazione della cura ed anche le ragioni in genere della curva termica, che s'innalza talvolta a compressione crescente o alla riespansione parziale del polmone, anche senza dare scoppi di sensibilità specifica. La febbre come io dissi all'Accademia medica nel 1913 e stampai nel *Beiträge* di Brauer. è un segno squisito dell'azione del pneumotorace. Non credo decisiva per la dimostrazione di questa azione immunizzante, derivata dalla compressione del polmone, l'aumento osservato delle sostanze antireagenti, poichè *questo si nota in qualunque stato di miglioramento della sindrome anche spontaneo ed episodico, nel decorso della tubercolosi.*

IV. — Anche all'*azoto,* come sostanza, fu attribuita la sua funzione nella cura. Esso dovrebbe avere un'azione anaerobica e perciò antibatterica, un'azione disintossicante, modificatrice del ricambio e sedativa locale e generale. Cantani e Arena hanno portato ragionevoli indizi di tutto ciò e iniziati pregevolissimi lavori. Rimando all'ottimo studio del Cantani e Arena per conoscere le antiche e recenti ricerche sull'azione dell'azoto, che io non riferisco, poichè il tempo stringe. L'autorità di Robin c'è di garanzia che l'inerzia, fin qui creduta, dell'N. non è tale e che desso ha grande interesse per quello che riguarda la medicazione di risparmio.

Quanto al fatto che l'azoto possa creare un ambiente anaerobico da solo o pel fatto che il sangue venoso è ricco di CO_2, io trovo che la induzione clinica non concorda sempre con tale ipotesi. Le rapide riestensioni del polmone anche tardive, determinano spesso diffusioni, rapide progressioni dei focolai in cura e scoppi di sensibilità tubercolinica, anche *se avvengono tardivamente*; il che dimostra che anche dopo lunghi periodi di cura il bacillo sopravvive e il focolaio può riprendere la sua attività malgrado l'affermata azione antibacterica dell'N.

Che l'azione terapeutica propria dell'N, non giuochi la parte principale nella cura è dimostrato da un altro fatto clinico. La stessa azione terapeutica si ottiene per l'insufflazione di aria atmosferica, purchè si curi di mantenere il collasso opportunamente, nonchè per gl'interventi collapsoterapici chirurgici.

V. — Salva restando qualunque azione del pneumotorace, che gli studî in corso e ulteriori potranno dimostrare, dobbiamo pur sempre riconoscere al collasso polmonare, completo o sufficiente, sia ottenuto con l'insufflazione di gas nella pleura, sia eventualmente con più meno ragionevoli interventi chirurgici (frenicotomia, toracoplastiche varie, impiombamento), un valore determinato rispetto alle condizioni, in cui si trova il polmone per le localizzazioni tubercolari, da cui è affetto. Queste condizioni io ho distinto in 4 categorie.

Condizioni dinamiche, funzionali, circolatorie, trofiche.

Queste modificate condizioni sono causa del perpetuarsi delle forme tubercolari polmonari, ed effetto delle localizzazioni primitive, che aprono il circuito morboso.

Le condizioni *dinamiche* del polmone malato sono il modo di essere fisico, in cui l'organo viene a trovarsi per opera dei focolai tubercolari. Questi inducono evidentemente cambiamenti di addensamento, (densità), di coesione, di elasticità, di contrattilità e per ciò stesso di mobilità (attiva e passiva) del polmone.

Queste modificazioni strutturali sono accompagnate da corrispondenti turbe *funzionali, meccaniche* e *chimiche* nell'intimo dei territori polmonari colpiti nella loro mobilità; il polmone malato *respira poco e respira male* e parallelamente.

Per effetto delle turbe anatomiche e funzionali si stabiliscono *turbe circolatorie* distrettuali; cioè iperemie, anemie, stasi, trombosi, infarti di più o meno grande estensione, dovuti all'azione locale dei focolai, alle variazioni di mobilità, o a meccanismi vaso-motori, dalle lesioni dipendenti.

Il polmone, alterato nella struttura, che respira poco o male, soddisfa anche male alla funzione circolatoria emolinfatica.

Infine, in seguito alle turbe dinamiche, funzionali e circolatorie tubercolari si stabiliscono turbe *trofiche* del tessuto polmonare, vale a dire si modifica la nutrizione intima degli elementi parenchimali, così che la loro resistenza alla invasione processuale è notevolmente minorata

a) Il pneumotorace, ottenendo il collasso completo, tenderà a far scomparire l'azione nociva delle differenze di addensamento polmonare,

abolirà la funzione polmonare ,renderà la circolazione interna del viscere meno legata alle vicende della sistole-diastole toracica, diminuirà la possibilità di aspirazioni del materiale infettivo in circolo, abolirà le infezioni miste inalatorie e il contagio pneumogeno da un polmone all'altro, e darà modo a che si mettano in azione le forze riparative sclerotizzanti dell'organo malato compresso.

b) E nell'altro polmone l'aumento della ventilazione, ragione primissima di difesa da ulteriori attecchimenti specifici, l'iperemia, che ne deriva, la soppressione del contagio pneumogeno dal polmone più malato, e l'aumento della difesa generale, che deriva dalla diminuita invasione di prodotti specifici moventi dal focolaio in cura, otterranno assai spesso miglioramenti delle lesioni in esso contenute, come io ebbi a notare.

c) Il rialzo dei poteri difensivi generali metteranno l'organismo in condizioni di lottare più favorevolmente anche contro la localizzazioni estrarespiratorie tubercolari.

***

Tale, o Signori, a me sembra la genesi fondamentale della azione curativa del pneumotorace, fedele al concetto del Forlanini, che sulla ragione meccanica delle distruzioni tubercolari si appoggia. Questa concezione comprensiva, che io ho dato, è a mio credere completa, salvi restando i risultati di ricerche ulteriori, che potranno avere sul concetto principale valore di dettaglio. Molti di questi studi nuovi voi udrete da colleghi distintissimi, poichè della fisiologia del metodo ora si gettano le prime basi, dopo quelle incrollabili, che gli diede il geniale inventore e la sua bella scuola, ed è mio orgoglio, o Signori, che queste basi siano state in Italia gettate fra i primi nella nostra Scuola per gli studii miei e per opera dei chiarissimi proff. Cantani e Arena, in una altra grande Scuola, nella quale io ebbi l'onore di ricevere la prima indimenticabile istruzione medica.

Illustri Maestri, chiarissimi colleghi.

Forse a nessuno studio come quello del pneumotorace artificiale sorride un più lieto avvenire di studi e di lavori, che esplicando la ragione del metodo saranno d'infinito ausilio alla conoscenza della fisiopatologia polmonare.

Ma di queste conoscenze della intima fisiopatologia polmonare siamo ancora tuttavia ai primi rudimenti e conseguentemente fra i primi rudimenti si aggira la nozione del meccanismo intimo del pneumotorace artificiale.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Nefrotifo e nefroparatifo.

(A. GOUGET. *La Presse méd.*, 1914, n. 51).

Oltre all'inizio classico della febbre tifoide, con sintomi d'infezione generale e senza apprezzabili localizzazioni o manifestazioni locali, salvo i disturbi gastro-enterici, è noto che esistono forme anomale caratterizzate dall'interessamento in apparenza esclusivo o predominante d'un organo. La meglio conosciuta di tali forme è il pneumo-tifo, seguono il pleurotifo, il meningotifo, l'artrotifo, il nefrotifo, ecc.

Robin e Gluber per primi descrissero casi di nefrotifo; seguirono molti autori, tanto che questa forma anormale tifoide parrebbe più frequente d'ogni altra.

In genere la malattia inizia con l'aspetto d'una nefrite emorragica acuta, talvolta preceduta da brividi, ed accompagnata da febbre elevata, con stato più o meno tifoso. Trascorso qualche giorno compaiono roseole, ipertrofia splenica, diarrea, ecc. Soltanto allora può farsi la diagnosi esatta. L'albuminuria, e talvolta l'ematuria, si prolungano, e segue spesso l'esito letale dopo due o tre settimane.

Ma il quadro clinico non è sempre così netto. Dopo l'ematuria i sintomi della febbre tifoide non si manifestano sempre con evidenza. I sintomi addominali restano spesso mascherati dai fatti renali, talora anzi mancano. In un caso descritto dall'A. non v'era nessuna manifestazione intestinale, non diarrea, o meteorismo, o gorgoglio, o dolori: tolta la nefrite emorragica acuta con febbre e milza ingrossata, due piccole roseole costituirono la sola manifestazione dell'infezione tifica, che venne a confermare il risultato positivo della siero-diagnosi.

Di fronte ad un caso simile si ha il diritto di chiedersi se possa parlarsi di febbre tifoide, o se non si tratti piuttosto d'un'infezione tifica senza localizzazione intestinale primitiva. Ciò conduce ad ammettere la possibilità di nefriti acute primitive da bacilli d'Eberth, analoghe alle colecistiti, alle meningiti, ecc., con la stessa etiologia.

Di recente Curschmann e Meyer hanno riferito molti casi analoghi: in uno di nefrite acuta emorragica grave, la febbre tifoide non potè essere accertata che batteriologicamente, chè clinicamente non aveva dato nessuna manifestazione. In un altro la malattia iniziò con ematuria e con depressione grave. Sebbene la febbre restasse lieve e irregolare, il malato non ebbe mai diarrea nè aumento di volume della milza: quin-

dici giorni dopo comparve una parotidite suppurata: soltanto più tardi la comparsa della roseola rese probabile la diagnosi di febbre tifoide, che fu confermata dalla sierodiagnosi. Curschmann ha osservato un caso, in cui non si ebbero manifestazioni intestinali in vita, ma l'autopsia rivelò l'infiltrazione di numerose placche del Peyer.

È da notare che quasi tutti i casi osservati in questi ultimi tempi ebbero decorso favorevole: dunque sembra che si debba attenuare la severità della prognosi formulata alle prime osservazioni.

In presenza d'una nefrite acuta emorragica con febbre elevata e stato generale fortemente depresso, bisogna sempre pensare alla possibilità di questa forma; l'ipertrofia della milza, lo scarso acceleramento del polso relativo alla temperatura, sono sintomi in favore dell'infezione tifoide; la diagnosi potrà essere confermata dalla comparsa di roseola e dalla sieroreazione.

Le stesse localizzazioni sembra possano essere determinate anche dai b. paratifici: accanto al nefrotifo esisterebbe un nefroparatifo. Klieneberger ne riferisce due casi che però non presentano alcuna analogia col nefrotifo, tolta la natura dell'agente patogeno.

La lunga durata e l'irregolarita della febbre, l'assenza completa di manifestazioni intestinali e di roseole, l'infezione urinaria senza infezione sanguigna, sono caratteri che in nulla ricordano la febbre tifoide, sia pure anormale.

B. R.

CHIRURGIA.

La profilassi del cancro.

(W. J. MAYO. *Annals of Surgery*, giugno 1914).

Tutti i vertebrati soffrono di cancro in quei punti del corpo che per le condizioni di vita sono maggiormente soggetti a lesioni locali: dobbiamo quindi considerare queste come fattore predisponente alla neoplasia. L'efficacia di questo fattore si accorda benissimo con ambedue le teorie dominanti sull'etiologia dei tumori: se si pensa ad agenti parassitari, la lesione locale si può benissimo interpretare come la porta d'entrata; se, al contrario, si sostiene l'entrata in azione di cellule di tipo embrionale parzialmente differenziate, la lesione locale può costituire il movente per il quale, venute a cadere le cellule mature, entrano in scena queste cellule giovani prima aberranti.

I tipi di irritazione locale possono essere divisi in tre gruppi generali:

1° Neoplasmi congeniti o acquisiti, come mole, verruche e tumori benigni di varie specie che possono divenire maligni. Bloodgood in questi ultimi anni, in una serie di memorabili pubblicazioni sul problema del cancro, afferma che su 820 tumori maligni in completo sviluppo non potè trovare un sol caso nella cui storia mancasse una lesione preliminare da considerare come precancerosa.

2° Trauma: l'influenza ne è dimostrata da Coley non solo per il sarcoma ma anche per il carcinoma: su 250 casi personali egli trovò un trauma antecedente nel 32.8 %. Dello stesso parere sono molti altri AA. (Mc. Williams, v. Bergmann, Murphy, v. Graefe, ecc.).

3° Irritazione cronica. È senza dubbio il più importante di questi fattori precancerosi, risulti essa da agenti meccanici, chimici o infettivi. Citiamo fra gli esempi ben noti: il cancro della bocca nei masticatori di noce di betel; il cancro del labbro nei fumatori; il cancro dell'inguine negli spazzacamini e nei marinai; i tumori che seguono a lesioni locali dovute a infezioni come la bilharzia nella vescica, il treponema pallido nella cheratosi della lingua, e via dicendo.

La profilassi del cancro sulle parti esposte del corpo implica, conseguentemente: l'allontanamento di tutte quelle abitudini che si è dimostrato esser capaci di stabilire delle condizioni favorevoli allo sviluppo del neoplasma; la rimozione di tutte le lesioni locali congenite o acquisite, che Keen e Bloodgood hanno indicato come precursori di lesione maligna; l'osservazione accurata del paziente per i primi indizi di una metamorfosi maligna che sussegua a un trauma.

Le nostre cognizioni sullo sviluppo dei tumori esterni possono essere applicate alla soluzione del problema dello sviluppo dei tumori interni? È difficile sorprendere l'insorgere di un neoplasma degli organi interni fin dall'inizio, perchè di regola in tale stadio ogni sintomo tace. Sta di fatto però che a tumore sviluppato in molti casi è evidente l'influenza di una lesione locale. Così in quasi tutti i casi di *carcinoma della cistifellea*, esaminando accuratamente, si trovano le traccie di una calcolosi o in atto o precedente: dobbiamo, allora, dedurre da ciò come conseguenza pratica che la rimozione precoce dei calcoli possa prevenire lo sviluppo del cancro della vescichetta biliare? Sta di fatto che, *caeteris paribus*, la mortalità di una operazione precoce di calcolosi è meno del 1/2 %; e d'altra parte che guarigioni permanenti dopo colecistectomie per cancro sono addirittura eccezionali e infine che dei casi di colelitiasi operati nella clinica di Mayo circa nel 3 % si trovò il tumore maligno.

Il *cancro dello stomaco* costituisce circa un terzo di tutte le neoplasie epiteliali dell'uomo; mentre è sconosciuto negli animali inferiori e assai raro nelle razze non civili.

Perchè ciò? Ogni qualvolta un tumore è straordinariamente frequente in certi punti del capo o in una sola classe di individui è logico pensare ad una causa unica: ciò è probabilmente vero per il carcinoma gastrico.

Non è possibile quindi che vi sia qualcosa nelle abitudini dell'uomo civile (nel modo di cucinare o di preparare il suo alimento) che concorra a produrre la lesione precancerosa? È chiaro che se noi potessimo conoscere quale peculiare agente sia responsabile della straordinaria frequenza del carcinoma dello stomaco nell'uomo, e solo nell'uomo, avremmo fatto un gran passo per la profilassi di questa malattia. Un fatto notevole è la frequenza del cancro nello stomaco e nel grosso intestino dove la secrezione è acida, la sua assenza nell'intestino tenue dove la secrezione è alcalina. Ma si deve subito osservare che l'acidità dello stomaco non è condizione esclusiva dell'uomo e dell'uomo civile. Sono dunque necessarie altre ricerche probabilmente nel campo dell'anatomia, fisiologia e patologia comparata, per delucidare questo interessantissimo problema.

Fra le lesioni precancerose dello stomaco, la più comune è l'ulcera. È già un fatto curioso che l'ulcera del duodeno è tre volte più frequente che quella dello stomaco e tuttavia il cancro del duodeno è raro. D'altra parte è vero che in più che la metà dei carcinomi gastrici che l'A. ebbe occasione di resecare esistevano nella storia dei sintomi di ulcera o di altra lesione estrinsecantesi come irritazione cronica; e in una grande percentuale dei casi resecati l'osservazione del frammento asportato rivelò la presenza di un'ulcera. Alcuni patologi pensano che queste ulceri fossero carcinomatose sin dall'inizio: ma in tal caso l'alterazione neoplastica si sarebbe dovuta trovare sul fondo dell'ulcera stessa mentre nei casi suddetti erano i margini di essa che presentavano i caratteri epiteliomatosi. Ad ogni modo è evidente che per lo meno nel 50% dei casi esisteva nello stomaco una lesione precancerosa. Possono esser giudicate come produttori di una irritazione gastrica cronica quelle straordinarie attività della muscolatura gastrica che si presentano nel pilorospasmo, che può risultare da calcoli biliari, da ulcere duodenali, da calcoli fecali nell'appendice, da lesioni intestinali.

Concludendo la profilassi del carcinoma gastrico consiste non solo nella rimozione dell'ulcera gastrica ma anche nell'allontanamento di tutte quelle condizioni che producono irritazione gastrica cronica, descritte, forse incorrettamente, come pilorospasmo.

Il *cancro dell'intestino tenue* è straordinariamente raro: solo 22 casi su 1882 carcinomi del tratto gastro-intestinale operati nella Clinica Mayo. Da che proviene questa relativa immunità? Dipende forse dal fatto che questo tratto è quello di formazione più antica nello sviluppo dell'organismo, e, come tale, più resistente allo sviluppo del neoplasma? Sta di fatto che l'età di un organo ha notevole importanza sulla sua capacità a resistere alle malattie. E un fenomeno analogo si riscontra nella frequenza relativa dei tumori sugli organi sessuali: l'ovaio non è che una trasformazione del testicolo il quale è assai più antico dell'organo corrispondente femmineo: orbene i tumori del testicolo sono rari mentre l'ovaio, corrispondentemente alla sua breve eredità, è soggetto a numerosissime malattie e ad una grande varietà di tumori.

In proposito si può ricordare anche la teoria di Beard, secondo la quale l'immunità dell'intestino tenue è dovuta alla secrezione pancreatica capace di distruggere qualsiasi germe maligno. È interessante osservare, del resto, che l'intestino tenue è soggetto relativamente a poche cause di irritazione cronica e che quando si trova in esso un neoplasma maligno, questo è di solito impiantato su una lesione preesistente, come un polipo, un adenoma, un papilloma.

Il *cancro dell'appendice* si presenta abitualmente in associazione con processi obliteranti cronici.

Il *grosso intestino* è assai più recettivo alla neoplasia maligna che non l'intestino tenue; e con grande frequenza il cancro trovasi impiantato su un punto soggetto a irritazione cronica. Di regola la lesione originale è, nell'epoca in cui viene praticata l'operazione, completamente mascherata dal processo neoplastico: ma in quasi tutte le operazioni che l'A. potè praticare in un periodo precoce gli fu dato trovare lesioni di natura precancerosa.

Ciò si è verificato specialmente per il sigma ed il retto dove, su 37 casi di diverticolite, l'irritazione prodotta dalle piccole pallottole di materiale fecale ha provocato nel 20% la formazione della malattia maligna.

Non dobbiamo dimenticare che come causa di indebolimento e forse anche di irritazione locale può agire un cambiamento di funzione; un tale cambiamento è appunto prodotto per la metà prossimale dell'intestino crasso quando si pensi che la nostra dieta è ormai fatta prevalentemente a base di carne, il cui consumo è quadruplicato negli ultimi cento anni.

Lo sviluppo di tumori maligni *nell'utero* e *nei reni* mostra ancora lo stesso rapporto con

l'irritazione cronica. Il cancro del collo è 15 volte più frequente di quello del corpo, ma in un utero miomatoso le proporzioni si invertono e questo è 5 volte più frequente di quello. E di tutti i casi di tumore epiteliale del rene operati dall'A. non meno del 50 % erano sorti su organi primitivamente calcolosi.

Concludendo l'A. richiama tutta l'attenzione sul fatto che lesioni preesistenti hanno una gran parte fra i fattori conosciuti che presiedono allo sviluppo del cancro; che tali lesioni precancerose sono prodotte da certe abitudini o condizioni di vita che causano irritazione cronica; che per quelle forme di cancro specialmente frequenti nella razza umana può aver valore un accurato studio comparativo fra le abitudini dell'uomo civile e quelle delle razze primitive e degli animali inferiori nei quali la malattia è rara; che, finalmente la profilassi del cancro deve essere basata, primo, sulla modificazione di queste abitudini e, secondo, sulla rimozione precoce di tutte le lesioni precancerose e delle eventuali sorgenti di irritazione cronica.

SEBASTIANI.

MEDICINA DI GUERRA.

La neurologia e la guerra.

(OPPENHEIM - *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1914, n. 48).

Il numero dei soldati colpiti da malattie del sistema nervoso in seguito a ferite o ad altre cause è in guerra veramente enorme, tanto che di tutte le branche della medicina la neurologia ha acquistato il maggiore interesse.

L'A. al proprio ambulatorio, al Policlinico, all'ospedale appositamente instituito a Berlino per l'occasione ha avuto modo di osservare fatti svariatissimi ed anche nuovi, che indurranno nelle nostre nozioni, nelle vecchie teorie delle sensibili modificazioni.

Per quel che riguarda le forme neurotiche lo Oppenheim avverte subito che contrariamente a quel che si sarebbe potuto aspettare il loro numero non è stato eccessivo. Certo la guerra per i gravi traumi psichici e fisici, che provoca, è capace di determinare tutte le forme di neurosi e psicosi, che si verificano nei comuni disastri in tempo di pace. Ma i soldati tedeschi hanno dimostrato in questa occasione di avere un sistema nervoso molto resistente: malgrado i forti eccitamenti psichici, gli spaventi, gli orrori di questa guerra, la percentuale delle neuropsicosi non è stata alta. E nel maggior numero dei casi verificatisi la predisposizione aveva un'influenza decisa: si trattava di individui che già prima della guerra erano neurastenici, isteroneurastenici, psicastenici, alcoolizzati, d'individui già tarati per precedenti traumi cefalici.

Ad ogni modo l'Oppenheim d'accordo con Bonhoeffer, Wollenberg ed altri ritiene che le neuro-psicosi occasionate dalla guerra non hanno nulla di peculiare, di caratteristico, nulla di differente dalle comuni sindromi. I disturbi più frequenti sono quelli del sonno, durante i quali si hanno dei sogni terrifici, con motivi inerenti alla guerra.

Trattandosi di forme prevalentemente emotive i disturbi vasomotorî occupano il primo posto. Questi disturbi, come l'A. ha messo in evidenza nei suoi lavori sulla neurosi traumatica, sono quasi costanti nelle forme consecutive a disastri ferroviari; ma nelle forme occasionate dalla guerra la sfera vasomotoria pare ancora più compromessa. Non son rari nei soldati feriti al capo da proiettili o da scheggie di shrappnel, i casi del complesso sintomatico vasale descritto da Friedmann; ma queste sindromi non rientrano nel campo delle pure nevrosi, perchè sicuramente sono in rapporto a fine alterazioni organiche. Talora il fischiare dei grossi proiettili o la loro esplosione provoca nei soldati, anche quando non rimangono feriti, delle forme di neurosi e perfino delle alterazioni organiche analoghe a quelle prodotte dallo scoppio del fulmine.

Si sono avuti dei casi di epilessia essenziale, ma si trattava di individui epilettici già prima della guerra, nei quali le fatiche, gli strapazzi di ogni genere hanno provocato un aumento della frequenza degli accessi. In un caso come conseguenza di un colpo di calore si sono manifestate vertigini e convulsioni, la cui natura epilettica era per lo meno dubbia. In un individuo colpito nella parte sinistra del tronco si ebbe un accesso convulsivo, che dal racconto del paziente pareva epilettico, ma all'esame somatico si accertò trattarsi di un individuo istero-neurastenico.

La forma Basedowiana è stata constatata una sola volta.

*
* *

Le osservazioni dell'Oppenheim per quel che riguarda le malattie organiche del cervello non sono molte. Egli attribuisce questa scarsezza unicamente al caso. Si è potuto confermare la osservazione già fatta da altri autori che i proiettili possono percorrere il cranio in senso sagittale o frontale senza lasciare alcun sintomo a focolaio. Tuttavia vi sono state delle eccezioni: all'A. sono stati presentati degli individui con «cervello integro» nei quali con un esame ac-

curato si son potuti mettere in evidenza dei disturbi afasici, alessia, apraxia, emianopsia ed altri fenomeni morbosi sfuggiti ai primi esaminatori. Le lesioni cerebrali prodotte dai proiettili hanno assunto in questa guerra un polimorfismo straordinario. Tra il gran numero di casi osservati sono degni di menzione i complessi sintomatici cerebellari, l'anestesia corticale del mediano con stereo-agnosia delle prime tre dita e la paraplegia corticale. L'Oppenheim si è formato il convincimento che il proiettile fermatosi nel cervello non provoca fenomeni a focolaio, che il più delle volte sono determinati unicamente dalla distruzione di sostanza o dall'emorragia, che il proiettile provoca durante il suo tragitto. La estrazione del proiettile è generalmente quindi per lo meno inutile. I casi di ascesso cerebrale osservati sono stati rari. Spesso le contusioni prodotte dai proiettili o dalle scheggie di granata provocano cefalee persistenti: in questi casi anche l'esame radioscopico riesce negativo e perciò manca ogni mezzo per accertare la reale esistenza del disturbo.

*
* *

Le lesioni del midollo sono state rilevate in numero grandissimo e spesso in forma grave. Il proiettile offensore solo raramente è stato trovato nel canale vertebrale, frequentemente si trovava nei tessuti vicini ed in qualche caso era uscito fuori del corpo.

La colonna vertebrale all'esame dei raggi Röntgen si è mostrata quasi sempre intatta, solo raramente con delle fessure di frattura. La posizione del proiettile si può quindi spiegare per il primo caso ammettendo che esso abbia colpito la vertebra senza interromperne la compagine, e che l'urto sia stato sufficiente a provocare delle lesioni nel midollo. Ma si può anche ammettere un momentaneo spostamento delle vertebre.

Le lesioni midollari constatate furono: 1. Emorragia meningea ed aracnite spinale siero-fibrinosa; 2. Ematomielia; 3. Mielomalacia o necrosi traumatica acuta del midollo.

Clinicamente si distinguono due tipi fondamentali di quadri morbosi corrispondenti alla sezione midollare completa o alla sezione emilaterale a tipo Brown-Sequard. La prima forma offre il quadro, dal punto di vista prognostico molto infausto, della paralisi totale della porzione inferiore del corpo con incontinenza dell'urina e dell'alvo e con rapida formazione di decubiti. Anche quando la lesione ha sede in alto la paralisi è fin dal principio e persiste flaccida con scomparsa più o meno completa dei riflessi. Ad ogni modo la diagnosi di sezione completa del midollo offre sempre delle difficoltà perchè tutti i segni che sono stati indicati come base per questo giudizio non hanno un valore probativo assoluto.

Il maggior numero di soldati con ferite d'arma da fuoco al midollo spinale soffrivano dolori, che talora avevano un'intensità molto tormentosa; esse avevano verisimilmente un'origine radicolare, spinale o meningea.

Le lesioni della cauda equina constatate dall'A. sono state poche, ad ogni modo esse non presentavano nulla di particolarmente notevole.

Mancano ancora dei principî ben chiari per la terapia chirurgica delle lesioni d'arma da fuoco del midollo spinale e la esperienza fatta dall'A. in questa guerra non ha condotto ancora a nulla di conclusivo.

Fra i casi notevoli va ricordato quello nel quale un proiettile aveva provocato una lesione nelle alte vertebre cervicali, una sublussazione con una ricca sintomatologia a carico delle radici dei nervi cervicali superiori di sinistra ed una paralisi a tipo Brown-Sequard della metà destra del corpo (anestesia nel dominio dei nervi cervicali superiori di sinistra, paralisi spastica del braccio e della gamba destra, paralisi sensitiva dissociata della metà sinistra del tronco e delle estremità pure di sinistra).

In un altro caso una lesione nel dominio delle vertebre cervicali inferiori provocò parestesie nel dominio di ambo i cubitali e delle piante dei piedi ed una leggera ipoestesia nelle parti corrispondenti: la lesione quindi di grado molto leggero doveva aver sede nelle radici posteriori e nei cordoni posteriori del midollo cervicale inferiore.

In un altro una ferita da baionetta nella porzione destra del midollo cervicale superiore aveva provocata una emiplegia cervicale spastica, ma al contrario di quanto avviene nella sindrome di Brown-Sequard l'anestesia era allo stesso lato; la supposizione dell'A. che l'arma fosse penetrata nella metà sinistra del midollo fu confermata dall'esame radiografico, che dimostrò delle fratture nella parte sinistra delle vertebre cervicali inferiori.

*
* *

Le neuriti traumatiche, le paralisi dei nervi periferici e dei plessi formano senza dubbio il campo più importante della neurologia da guerra. Esse appartengono alle conseguenze più frequenti delle ferite delle estremità.

I nervi del braccio sono più colpiti di quelli dell'arto inferiore e corrispondentemente a quel che si verifica in tempo di pace il nervo radiale è quello più frequentemente leso. L'Oppenheim

ha di già constatato 32 casi di lesioni da arma da fuoco di questo nervo. Esso era colpito con una frequenza quasi eguale al braccio o in prossimità del plesso all'ascella: talora la lesione era limitata al nervo radiale superficiale o a quello profondo o anche a un nervo cutaneo, come al nervo cutaneo posteriore inferiore del radiale.

Più rare sono state le lesioni isolate del nervo mediano ed ulnare; più numerose di tutte le paralisi in rapporto ad una lesione del plesso brachiale.

Le lesioni dello sciatico, che è stato il nervo delle estremità inferiori più frequentemente leso, erano provocate da proiettili attraversanti il femore in direzione sagittale o frontale. Anche la lesione del peroneo è stata frequente. Ma più numerosi di tutti sono stati i casi di lesione del tibiale posteriore, il che ha permesso di studiare la sintomatologia delle neuriti ossia delle paralisi di questo nervo nei diversi tratti del suo decorso.

Le lesioni delle parti estracraniche dei nervi encefalici sono state molto rare, per quanto frequentissime le paralisi del facciale, dell'ipoglosso e del vaso accessorio.

Notevole una neurite traumatica dei nervi dorsali inferiori limitata alla loro porzione addominale, i cui sintomi erano la paralisi dei muscoli addominali, l'areflessia dell'addome, la diminuzione della sensibilità del basso ventre.

Ci sono stati anche dei vasi di neurite traumatica limitata al nervo safeno maggiore, del nervo ileo-inguinale e del nervo genito-crurale.

Parecchie volte è stata constatata un'anestesia del territorio del nervo plantare mediano, dovuta ora alla costrizione dei piedi, ora all'azione dell'umidità.

*
* *

La guerra ha messo in evidenza nel dominio delle lesioni nervose nuovi fatti, che stanno sopra tutto in rapporto col sistema nervoso sensitivo. Ciò viene documentato dalle seguenti constatazioni: 1. La enorme frequenza di dolori; 2. La forte accentuazione dei disturbi della sensibilità; 3. La frequenza di disturbi isolati delle vie sensitive di nervi misti; 4. La notevole influenza di queste neuriti traumatiche delle vie sensitive sulla sfera psichica, vasomotoria e secretoria.

1. In un numero non piccolo di casi specialmente di lesioni dei plessi, il dolore costituiva per la sua intensità, per la sua persistenza, per i fenomeni che l'accompagnavano, il sintoma più imponente. La veemenza dei dolori era talvolta tale da condurre l'infermo al furore. Per calmarli spesso era necessaria un'alta dose di morfina. Il fatto che questi dolori così tormentosi molestino solo una parte dei colpiti si deve verisimilmente attribuire alla circostanza, già altre volte accennata dall'A., che essi come tutti gli altri fenomeni di eccitamento si accompagnano prevalentemente con le lesioni parziali dei nervi, mentre sogliono mancare quando il tronco nervoso è completamente reciso. Ciò non esclude che l'azione meccanica, la predisposizione individuale ed altri fattori possano avervi influenza.

2. Sorprendente è anche la frequenza, la diffusione e la intensità dei disturbi della sensibilità. Noi già sappiamo che nelle lesioni traumatiche dei nervi periferici i disturbi motori sono sempre maggiori di quelli sensitivi, che possono anche mancare. Nelle lesioni invece da proiettili, specialmente per quel che riguarda il radiale, l'Oppenheim ha trovato sempre molto accentuati i disturbi sensitivi. Anche nelle lesioni dei plessi l'anestesia è rilevante per la sua intensità e per la sua persistenza.

3. D'altra parte è notevole il fenomeno finora mai rilevato che nelle lesioni dei tronchi nervosi si possono avere disturbi esclusivament sensitivi. L'A. ad esempio osservò in una lesione dello sciatico un'anestesia della pianta del piede mentre la motilità e la eccitabilità elettrica erano normali.

4. Di grande interesse è un piccolo gruppo di osservazioni nelle quali i dolori neuritici si accompagnavano a disturbi psichici, vasomotori e secretori.

Questi fatti possono essere spiegati con la circostanza che si trattava di individui già precedentemente nervosi, isterici, nei quali la guerra ha agito aggravando le condizioni dello spirito o del corpo. O forse la intensità stessa dei dolori ha danneggiata la psiche al punto di provocare questa enorme iperecitabilità. Ma più probabilmente i fatti stessi, pensa l'Oppenheim, possono spiegarsi nel modo seguente: i forti e molteplici stimoli sensitivi raggiungono il sistema nervoso come onde e ne scuotono la compagine producendovi delle finissime alterazioni, che trovano la loro manifestazione nei descritti fenomeni generali. È questa la teoria che è stata già avanzata dall'A. a proposito della neurosi traumatica e che è stata accettata da Goldscheider come da altri.

Per quel che riguarda la cura di questi stati dolorosi spesso non si può fare altro che ricorrere alla morfina. Talora agisce come calmante il caldo sotto forma di bagni caldi o di bagni di luce. In alcuni casi si ottennero dei vantaggi col completo riposo dell'estremità colpita, riposo che si può ottenere anche con la ingessatura.

DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 20 dicembre 1914

Presidenza del prof. G. GAGLIO, Vice-presidente.

Prof. G. MINGAZZINI. *Un caso di paralisi emiglossofaringolaringocervicale.* — L'O. presenta una malata di cui riferisce la storia clinica. Fa rilevare le atrofie muscolari presentate dall'inferma e fa diagnosi di degenerazione primitiva di parte del X paio di nervi cerebrali, dell'XI e del XII. Queste degenerazioni primitive sono rarissime. La patogenesi, in questo caso, molto probabilmente va ricercata come di origine luetica. L'andamento della malattia e gli effetti ottenuti con frizioni mercuriali, che hanno determinato diminuzione del quadro sintomatico, confermano nella possibilità della diagnosi fatta.

Il socio prof. CAMPANA, prendendo la parola sull'argomento, domanda se non si possa pensare all'influenza anatomica del sistema vasale vicino ai nuclei del sistema nervoso, perchè molto spesso il sistema vasale è leso.

Risponde il socio prof. MINGAZZINI adducendo le ragioni per cui ritiene che le lesioni debbano essere a carico del sistema nervoso e non del sistema vasale.

Il socio prof. ARCANGELI si associa a quanto ha sostenuto il collega Mingazzini.

L. COLESCHI. *Il più semplice ed il più rapido metodo ed apparecchio per la localizzazione dei corpi estranei mediante i raggi Röntgen.* — L'O. ricorda che per localizzare i corpi estranei mediante i raggi Röntgen sono stati ideati vari metodi, assai lunghi e laboriosi, quindi poco o affatto attuabili specie negli Ospedali da campo con gli apparecchi trasportabili per raggi Röntgen.

L'O. propone un suo procedimento speciale che premette di localizzare i corpi estranei rapidamente col solo esame radioscopico.

Senza riportare il calcolo lungo e difficile, il metodo è basato sulla proiezione sullo schermo fluoroscopico di un piano virtuale passante pel corpo estraneo. Questo piano è immaginato suddiviso da tante linee parallele distanti 1 cm. l'una dall'altra; e si è, col calcolo, disegnato sullo schermo la loro proiezione. Dalla posizione quindi che l'ombra del corpo estraneo occuperà sullo schermo entro il reticolo del disegno, si può facilmente e per lettura diretta risalire alla distanza reale del corpo estraneo dallo schermo stesso, e quindi alla sua posizione.

Il metodo può essere applicato a qualunque sotegno per tubi che permetta lo spostamento dell'ampolla e del fluoroscopio in due piani paralleli. Per renderlo più facile e pratico, è stato ideato un apparecchio speciale, che consta di un ritto metallico su cui sono fissati due telai, entro i quali possono scorrere indipendentemente lo schermo ed il tubo. I movimenti del tubo sono comandati da due viti a passo misurato, azionate facilmente da manovelle. Tutto il congegno può alzarsi ed abbassarsi per mezzo di altra vite pure azionata da una manovella. Sopra il tubo è fissata una doppia croce pel suo *centramento* e per individualizzare il *raggio normale*. Sullo schermo è tracciato il disegno, consistente in due linee in croce, che rappresentano l'ombra della croce di centramento, ed in tante altre linee parallele ad una di esse e poste a distanza varia fra loro. La branca della croce cui le rette sono parallele si chiama *linea di orizzonte*.

Per fare la ricerca si pone il ferito, disteso su un lettino o sulla stessa barella porta-feriti, fra il tubo e lo schermo; indi movendo l'apposita vite si sposta tutto il congegno, in modo da portare lo schermo più presso che si può al corpo del paziente. Ciò fatto, per mezzo degli opportuni spostamenti del tubo e dello schermo fluoroscopico, si cerca il corpo estraneo e lo si pone sul raggio normale; e poi, sempre sotto il controllo dei raggi, si applicano con del flaster due marche di piombo, una sul lato del corpo del malato che guarda lo schermo, una sul lato opposto, in modo però che la loro ombra si confonda sullo schermo con quella del corpo estraneo sì da risultarne un'ombra sola. Avremo così determinata la *direttiva chirurgica,* ossia il diametro del corpo del paziente lungo il quale trovasi situato il corpo estraneo. Per determinare ora la profondità di questo basterà spostare il tubo di 10 cm., e cioè far fare 10 giri alla vite che lo comanda e che ha appunto il passo di 1 cm. Ciò fatto, si scorrerà lo schermo fluoroscopico in modo che la linea di orizzonte venga a coincidere con l'ombra della branca corrispondente della croce; ed allora il orpo estraneo e le due marche di piombo, non più colpiti dal raggio normale ma da quelli obliqui, non daranno più sullo schermo un'ombra sola, ma bensì tre ombre distinte, comprese tutte nel reticolo del disegno. Basterà allora contare le linee interposte fra l'ombra delle due marche e qulla del corpo estraneo per leggere subito e direttamente la distanza reale in centimetri esistente fra i due indici di piombo ed il corpo estraneo stesso, ossia la profondità di questo lungo la direzione dapprima tracciata.

La praticità e la rapidità del metodo (per ogni localizzazione non si impiegano più di 5-10 minuti di tempo) risulta quindi manifesta.

All'apparecchio sono annessi alcuni diaframmi circolari di varia apertura, che si possono piazzare al di sopra della croce di centramento, allo scopo di limitare il fascio dei raggi ed ottenere quindi immagini radioscopiche più nitide.

L'apparecchio può essere montato sopra una base pesante per l'uso nei gabinetti radiologici stabili; ma per gli Ospedali da campo, ove certo la sua utilità potrà essere maggiormente esplicata, è stato costruito un apparecchio facilmente smontabile in due parti contenute in una cassa insieme con l'apposito schermo e col tubo. Al momento dell'uso i due pezzi dell'apparecchio sono facilmente innestabili l'uno sull'altro, e tutto il congegno viene fissato su un lato della cassa, che fa così da sostegno.

Prof. F. GHILARDUCCI. *Azione dei raggi secondari sui bacilli del carbonchio.* — L'O. dopo aver ricordato altri esperimenti da lui fatti e già comunicati all'Accademia, riferisce su alcune sue esperienze destinate a studiare gli effetti dei raggi secondari sui bacilli del carbonchio oltremodo virulenti.

Dott. MURATORI. *Costa soprannumeraria cervicale. Consecutiva aplasia di gruppi muscolari a tipo radicolare.* — L'O. riferisce la storia clinica della paziente F. E., di anni 16, sarta, affetta da costa soprannumeraria. Solo dal 1911 si è accorta di deformità in corrispondenza della spalla destra. Di quando in quando la paziente ha avvertito qualche dolore sul moncone della spalla deforme. L'esame obbiettivo rivelò la presenza di un paio di coste soprannumerarie cervicali, presenza confermata coll'esame radioscopico, rivelò altresì paresi e leggera atrofia di alcuni muscoli come il cucullare, deltoide, sopraspinoso, grande pettorale, ecc.

L'atrofia muscolare può spegarsi con una speciale compressione esercitata dalla costa soprannumeraria cervicale sulle fibre della V e VI radice cervicale di destra per cui l'O. fa diagnosi di ipoplasia dei muscoli secondaria ad ipoplasia radicolare, cioè la costa cervicale ha ostacolato con la sua presenza il normale sviluppo nel plesso della V e VI radice cervicale.

Il socio prof. ARCANGELI, prendendo la parola sull'argomento, ritiene che in questo caso possa trattarsi di compressione nel decorso del plesso nervoso piuttosto che di vera ipoplasia. In questo caso egli consiglia di ricorrere all'operazione.

Il socio prof. MINGAZZINI sostiene che sia più esatta la diagnosi di ipoplasia che di compressione del plesso nervoso, conviene però col collega Arcangeli che la cura più adatta sia l'operazione chirurgica.

Dott. BAGGIO. *Contributo alla conoscenza dei così detti « tumori flogistici » dell'addome.* — L'O. riferisce la storia clinica di due casi di pseudo-tumori o tumori infiammatori e formula qualche concetto generale rispetto al meccanismo di origine, ai caratteri anatomici e clinici alla cura di detti tumori.

BALDONI.

Regia Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 27 novembre 1914.

MORPURGO. *Trapianti di un sarcoma dei topi albini in topi di razze diverse.* — Le ricerche dell'O. furono fatte trapiantando un sarcoma fusocellulare in topi di due razze pure di origine diversa, ma da molti anni allevate con regime identico nell'Istituto di patologia generale di Torino, col duplice scopo: 1° di verificare se nei topi delle due diverse razze, essendo esclusa qualsivoglia influenza dell'ambiente e del modo di vivere, esistesse un grado di recettività al sarcoma, che dovesse essere considerato come dipendente dalla razza; 2° di istituire un paragone fra i risultati di trapianti omogenei (con sarcoma fornito da topo della razza dell'ospite) e quelli di trapianto eterogenei (con sarcoma fornito da topo di razza differente).

I risultati delle esperienze dell'O. si possono così riassumere:

1. Il sarcoma può attecchire e svilupparsi progressivamente in topi di due razze diverse. La percentuale di attecchimento è molto maggiore nella razza nella quale il sarcoma si è formato originariamente che nell'altra.

2. La differenza nella recettività è comparsa e si è mantenuta, sebbene i topi delle due razze per una serie di anni, siano stati allevati nello stesso ambiente ed alimentati nell'identico modo.

3. I sarcomi cresciuti nei topi della razza molto recettiva non regrediscono che in rarissimi casi, mentre quelli cresciuti nei topi della razza poco recettiva il più delle volte diminuiscono e scompaiono totalmente.

4. Nella razza molto recettiva la percentuale di attecchimento del sarcoma è egualmente alta nei topi innestati con materiale omogeneo (fornito dalla stessa razza) che in quelli innestati con materiale eterogeneo (fornito da animali di altra razza).

5. Nella razza poco recettiva attecchisce più facilmente il materiale omogeneo che quello eterogeneo, ma i sarcomi nati dal primo re-

grediscono ancora più spesso che quelli nati dal secondo.

STEFANINI ha costruito *un nuovo modello della membrana basilare della chiocciola* che gli permise di confermare la *teoria della risonanza* di Cotugno-Helmoltz per la *percezione dei toni*.

GRADENIGO. Trattando delle anomalie di percezione dei toni, riferisce un caso finora unico nella letteratura dei disturbi bilaterali nella percezione della tonalità dei suoni, disturbi uniformemente distribuiti lungo la scala tonale.

Si trattava di un giovane studioso di canto che quasi improvvisamente si accorse che i suoni da lui erano percepiti accompagnati da un suono accessorio stridulo come di vetri rotti, e tutte le note musicali erano da lui sentite così stonate che egli non era più in grado di controllare la propria voce e la audizione della musica gli riusciva veramente tormentosa. L'O. avendo riscontrato nella mucosa boccale delle lesioni sifilitiche prescrisse una cura specifica e il paziente è completamente guarito. È probabile che si sia trattato di un semplice imbibizione sierosa dell'apparecchio cocleare; ad escludere infiltrazioni infiammatorie od emorragiche dell'orecchio interno, stanno l'audizione perfettamente conservata e la scomparsa completa dei fenomeni in seguito alla cura.

P. SISTO.

Reale Istituto Veneto di csienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 25 ottobre 1914.

I. SIMON. *Studi sull'azione della glicerina.* (presentata dal prof. A. De Giovanni). — La Memoria è divisa in due parti.

Nella prima studia l'azione emolitica della glicerina *in vitro* ed *in vivo*. Dimostra che la glicerina in qualsiasi concentrazione dal 10 al 97 per 100, messa a contatto dei globuli rossi del sangue, li discioglie; che i globuli rossi del bue resistono all'azione emolitica assai più a lungo di quelli del coniglio; che in ogni caso mentre le soluzioni diluite di glicerina producono una azione emolizzante rapida, col crescere della quantità di glicerina l'emolisi si fa sempre più lenta, raggiunge una durata massima, dopo la quale decresce; che il crescere del tempo dell'emolisi, è dovuto alla viscosità delle soluzioni di glicerina, viscosità che si oppone alla azione emolitica, fino a che la concentrazione di glicerina non soverchia l'azione ritardatrice della viscosità. L'A. aggredendo il problema da vari lati, dimostra che l'azione emolizzante della glicerina, allorchè viene iniettata sotto la cute, è dovuta ad un'azione *in situ* sulle emazie fuoruscite dai vasi, per la sua azione irritante locale.

Nella parte seconda sono esposte ricerche istologiche sopra alcuni organi di conigli trattati con iniezioni sottocutanee di glicerina. La glicerina iniettata sotto la cute disgrega i fasci connettivali del tessuto sottocutaneo nelle loro fibrille elementari; produce nel fegato fatti di atrofia, di emorragia, di infiltrazione e di aumento connettivo; determina nei reni una glomerulo-nefrite acuta e nell'intestino una enterite catarrale. Nella milza non si rinviene che uno scarso aumento di cellule globulifere; ciò che si accorda perfettamente colla spiegazione della emolisi da iniezioni sottocutanee già prima accennate.

A. DIAN.

Accademia Medica di Perugia.

Srduta del 20 dicembre 1914.

Prof. E. ALFIERI. Illustra un caso di *voluminoso sarcoma a cellule polimorfe del legamento largo destro* del peso di gr. 2940, esportato con esito felice ad una donna nullipara di 60 anni (G. C., N. 95 di accettazione nel Comp. Ginecol.), e ne presenta i preparati macro- e microscopici, intrattenendosi sulla rarità, sulla origine e sulle particolarità cliniche ed anatomo-patologiche di simili tumori.

Prof. E. ALFIERI. *Piosalpinge bilaterale confluente di origine tubercolare.* — Ricordati i casi simili descritti da Galabin, Cova, Merletti, Simmonas e Gaifami, l'O. presenta un preparato tipico di piosalpinge bilaterale, confluente, addossato alla faccia posteriore dell'utero, di origine tubercolare.

Dott. L. MARCHETTI. *Sulle infezioni emorragiche umane.* — L'O., dopo aver ricordato i principali lavori sull'argomento, espone varî casi da lui studiati e riferisce d'aver più volte riprodotto la porpora negli animali con germi isolati da malati venuti sotto la sua osservazione. Egli concepisce le infezioni emorragiche umane come malattie specifiche, mantenute cioè da un gruppo di germi, che sono fra loro affini, che hanno caratteri morfologici e biologici speciali e che sono capaci di riprodurre la malattia negli animali. Questi germi, che agiscono ancora con meccanismi poco conosciuti, producono nei tessuti lesioni a tipo infiammatorio, lesioni a tipo distruttivo, lesioni a tipo emorragico.

L'O. delinea quindi la fisionomia clinica delle infezioni emorragiche umane e, riguardo alla terapia, egli crede che si deve mirare, piuttosto che a modificare la crasi sanguigna o ad arrestare le insignificanti emorragie, a distruggere i germi che mantengono la infezione.

Dott. L. MEONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Il polso alternante.

Il polso alternante risulta dal succedersi regolare di una pulsazione forte e di una pulsazione debole alternativamente.

Il tempo che intercede fra le singole pulsazioni è nel polso alternante sempre uguale (al massimo può esservi un lieve accorciamento dell'intervallo fra le pulsazioni deboli e le successive pulsazioni forti), e l'alternanza si riscontra sempre per un periodo relativamente lungo, che varia da alcune ore a parecchi giorni. Questi due caratteri della successione e della durata, vanno sempre ricordati, per non confondere, con un rilievo grossolano dell'alternanza, il vero polso alternante con la presenza di extrasitoli, le quali dando luogo ad ondate extrasistoliche più deboli di quelle normali, possono simulare l'alternanza vera.

Per quanto riguarda la *patogenesi*, già il Traube aveva notato, individualizzando il polso alternante, come esso sia legato ad una debolezza del muscolo cardiaco e quindi di prognosi grave. Il Sahli ritiene trattarsi appunto di un disturbo inotropo negativo, cioè di un'alterazione della proprietà del miocardio rappresentata dalla contrattilità. Sperimentalmente è stato visto come la prolungata eccitazione del miocardio ovvero l'intossicazione con digitale od aconitina dànno luogo ad uno stato di esaurimento del miocardio, che si rivela con contrazioni forti e deboli alternativamente succedentisi; la qual cosa concorda con quello che si può osservare in clinica, cioè il manifestarsi di un polso alternante dopo un accesso di tachicardia parossistica o di *angina pectoris*, in miocarditi, in casi di scompenso cardiaco.

Oltre questa interpretazione di astenia cardiaca, generalmente oggi accettata, si può ricordare l'ipotesi formulata dal Galli, dell'esistenza di una asistolia parziale che però colpirebbe solo i muscoli papillari, i quali, una volta su due, non si contrarrebbero, lasciando quindi aperte le valvole atrioventricolari e provocando un reflusso sistolico che darebbe luogo alla pulsazione debole. Questa ipotesi non trova però conferma nell'osservazione clinica ed ha contro di sè il fatto che l'alternanza si può provocare nel cuore della rana, che non ha muscoli papillari.

Il *significato clinico* del polso alternante è di difficile interpretazione. Il Mackenzie ha messo in evidenza il valore del succedersi dell'alternanza alle extrasistoli, successione che può manifestarsi con modalità differenti e variabili: ad ogni modo è sempre un sintomo di prognosi infausta.

Un importante rilievo, che ha gran peso sulle dottrine patogenetiche, è quello fatto dall'Heitz, che cioè, mentre alcune volte si rileva il rapporto cronologico stabilito da Traube, dell'avvicinamento cioè dell'onda piccola alla successiva onda forte, in altri casi gli intervalli sono perfettamente uguali. Quando questa diversità di tempo notata dal Traube esiste, si rivela anche nei tracciati giugulari. A ciò aggiungasi infine che nello stesso individuo può manifestarsi l'alternanza ora in un modo, ora in un altro.

Tutto ciò starebbe a dimostrare che il ritardo dell'onda piccola (ravvicinata per ciò alla susseguente onda grande) non è dovuto nè ad un disturbo della conduzione atrio-ventricolare, come vorrebbe Wenckebach, nè ad un impiego maggiore del tempo di propagazione alla periferia, come sostiene Volhard, ma ad un ritardo dell'intera involuzione cardiaca, cui corrisponde l'onda piccola, che colpisce orecchiette e ventricoli contemporaneamente. I reperti cardiografici in certo senso confortano quest'ipotesi. Ma la cosa non è chiara, e vi sono molti punti oscuri, cui accenna il Varisco in questo suo studio (*Gazz. medica ital.*, n. 27, 1914).

La *diagnosi* non è sempre facile colla semplice palpazione, specialmente per escludere un eventuale bigeminismo. Per rendere in questi casi maggiormente manifesta la differenza fra le due pulsazioni cardiache, si può ricorrere all'artificio di comprimere l'arteria omerale, direttamente o meglio ancora con un manicotto di Riva-Rocci, e allora si può giungere a vedere come allorchè la pressione è di 1-2 cm. Hg. inferiore alla massima, le pulsazioni radiali si riducono d'un tratto alla metà, in quanto solo le pulsazioni forti giungono alla periferia.

La sola alternanza del polso starebbe ad indicare un'asistolia parziale della base dei ventricoli; l'alternanza del cuore indicherebbe invece un indebolimento della punta; la concomitanza dei due fenomeni asistolici si traduce con alternanza cardiaca e periferica.

Dubbia ancora è l'esistenza della sola alternanza auricolare.

La *prognosi*, sempre infausta secondo molti AA., è relativa al grado delle alternanze secondo altri.

La *terapia* mira a combattere l'astenia cardiaca: quindi si consiglia in primo luogo la digitale, che in alcuni casi va somministrata ad alte dosi. Si consiglia di evitare tale rimedio nelle cardiosclerosi, e bisogna ricordare come alcune volte l'alternanza ha seguìto all'uso della digitale; Vaquez raccomanda la strofantina; l'uso del cloralio e della chinina (Starckenstein) sembra efficace, specie se esiste ipertensione.

G. SABATINI.

Intorno alla pressione del sangue e del polso nell'arteriosclerosi e nella nefrite.

L'opinione universalmente accetta che tutti i casi di arteriosclerosi e di nefrite sono accompagati da pressione sanguigna esagerata deve essere corretta al lume dei risultati di ricerche recenti. L'importanza della pressione del sangue dal punto di vista della diagnosi e della prognosi in questi stati morbosi non può essere esagerata, ma è importante il fatto che in una forte percentuale di casi di arteriosclerosi e di nefrite la pressione sanguigna è normale od anche inferiore al normale. Questi fatti sono stati dimostrati da numerosi osservatori in questi ultimi anni, e recentemente esposti con grande precisione da Janowski nel *Zeitschrift für klinische Medizin*, vol. 80, n. 5-6.

Queste osservazioni si riferiscono a 350 casi distinti nei tre gruppi seguenti: 200 casi di arteriosclerosi senza nefrite; 100 casi di varie forme di nefrite non complicata da arteriosclerosi; 50 casi di arteriosclerosi associata a nefrite primitiva e secondaria. Prendendo come media normale per la pressione sanguigna i limiti fra 80 e 120 mm., e per la pressione del polso i limiti fra 22 e 40 mm., l'A. ha osservato un aumento della pressione sanguigna nel 72 % dei 200 casi di arteriosclerosi, ed ha concluso che un aumento della pressione sanguigna dev'essere considerato come sintomo importante per la diagnosi dell'arteriosclerosi, ritenendo che le eccezioni comprendenti circa il terzo dei casi, nei quali la pressione è normale o subnormale, possano quasi confermare la regola, perchè di esse si può dare ragione sulla base di fattori clinici bene apprezzabili.

Fra i 55 casi di arteriosclerosi con pressione sanguigna normale, 52 presentavano diminuzione del potere funzionale del cuore, ciò che preveniva l'aumento della pressione caratteristica dell'arteriosclerosi. In 16 di questi casi si ebbero attacchi di stenosi cardiaca: l'angina di petto nell'arteriosclerosi a pressione sanguigna normale è più frequente che nei casi con ipertensione. Tutto ciò ci indica che bisognerà ritenere più particolarmente gravi tutti i casi di arteriosclerosi nei quali la pressione sanguigna è normale o subnormale. In questi casi si ha uno stato di povertà di nutrizione del miocardio, che si manifesta con alterazioni della sua conduttività, da cui risulta che la pressione del sistema arterioso periferico non potrà essere mantenuta all'altezza normale.

I 50 casi di arteriosclerosi complicata con nefrite apparentemente secondaria a sclerosi dei vasi renali presentavano un aumento della pressione maggiore di quello dei casi di arteriosclerosi non complicata. Inoltre v'era un considerevole aumento della pressione del polso.

Fra i 100 casi di nefrite senza segni evidenti di arteriosclerosi, in 7 casi di nefrite acuta la pressone sanguigna variava fra 130 e 180 mm., e raggiungeva il limite massimo durante il periodo delle manifestazioni uremiche. In questi casi la pressione del sangue e del polso hanno un grande valore diagnostico e prognostico. Lo studio sistematico della pressione sanguigna nella nefrite acuta ci permette di predire un esito felice, quando essa tende a scendere al normale.

I casi di nefrite cronica presentano fatti di grande interesse: di essi il 16 % sono a pressione normale, l'84 % a pressione aumentata. Questa osservazione, insieme con i risultati delle varie prove funzionali, indica che l'antica classificazione delle nefriti in parenchimatose, interstiziali e miste non è più in accordo coi fenomeni clinici. Janowski è favorevole alla classificazione della scuola francese di Widal nei seguenti quattro tipi di nefrite:

1° Pazienti con sintomi così detti urinari, come albuminuria d'intensità varia, cilindri ed emazie. Questi pazienti per più anni non presentano altri sintomi, i quali poi si accentuano soltanto verso lo stadio terminale della malattia.

2° In questo gruppo si ha la sindrome della ritenzione dei cloruri (edema, vomito, diarrea, cefalea, convulsioni, coma, respiro di Cheyne-Stockes, congestione cerebrale, ambliopia).

3° In questo gruppo prevalgono i sintomi della ritenzione d'azoto: anoressia, prurito, vomito, stomatite, stupore che spesso arriva fino al coma, retinite e pericardite.

4° Questo gruppo è caratterizzato dall'alta pressione sanguigna che prevale dal primo inizio della malattia.

I pazienti accusano cefalea ostinata e vertigini, ronzìo, disturbi visivi, sensazioni di puntura ai muscoli, torpore di un dito o di tutta la mano. La pressione sanguigna è molto alta. Il cuore è

dilatato: il ritmo di galoppo è frequente. Ad un certo punto si manifestano i sintomi della ritenzione dei cloruri o dell'azoto, o dell'insufficienza cardiaca. Il forte aumento della pressione sanguigna può dar luogo ad ematuria, epistassi, emorragie della retina, emorragie cerebrali, edema acuto. (*Med. Rec.*, nov. 7, 1914).

p. s.

TERAPIA.

Sulla collassoterapia polmonare.

J. Gwerder (*Münch. med. Woch.*, 1913, n. 48) ha voluto sperimentare sugli animali il metodo di pneumolisi extrapleurica proposto da Baer e giunge alla constatazione che una compressione efficace può essere ottenuta, oltre che con una massa solida, con palloni di gomma distesi da gas o da liquidi. È indotto a ritenere che l'otturazione pneumatica (*pneumatische Plombe*) possa utilmente applicarsi alla compressione delle escavazioni polmonari nell'uomo e dare risultati più vantaggiosi di quelli che si ottengono con masse solide: infatti mentre il volume di una sacca pneumatica è variabile, quasi come il pneumotorace, la massa solida deve essere introdotta ad un volume massimo, che non è più modificabile, essa inoltre segue le leggi della gravità e può spostarsi in basso, comprimendo il tessuto polmonare sano, infine può col tempo esplicare un'azione usurante deleteria sul tessuto polmonare.

Vilms (ivi, n. 51) usò in clinica masse di adipe e di paraffina. Per la compressione con masse adipose si è servito due volte di grasso preso dal corpo del paziente, una di omento e una di un lipoma, tolti da altri pazienti. In uno dei casi, venuto a morte dopo 17 giorni per emottisi, risultò che la massa omentale era toltalmente incapsulata ed aveva compresso fortemente il polmone. Tutti i casi guarirono per prima senza fistole. In tre altri casi usò masse di paraffina col metodo di Baer. In uno di questi si produsse una fistola che guarì poi da sè. In un altro la massa otturatrice dovette essere tolta, per l'insorgere di un enfisema sottocutaneo, da lesione di una caverna.

Infine Schoenlank (ivi, 1914, n. 4) ha ripreso la tecnica di Gwerder poc'anzi descritta; cioè introduce fra pleura e parete toracica una vescisa di gomma, la insuffla e poi chiude la ferita dello spazio intercostale. L'esame radioscopico di animali così operati ha dimostrato la possibilità di raggiungere l'immobilizzazione del polmone. Il rifornimento o l'ingrandimento ulteriore di questi pneumotoraci saccati extrapleurici riesce molto difficile. L'A. ha cercato di semplificarlo, adottando vesciche munite di cannula che viene lasciata fuoriuscire dallo spazio intercostale. La ferita viene poi suturata nel modo più diligente attorno a questa cannula.

R. B.

Le cure che devono seguire ad una pleurotomia.

La pleurotomia per empiema è generalmente un'operazione di urgenza, di modo che non sempre l'operatore ed il paziente possono mettersi nelle migliori condizioni.

Ma dopo lo svuotamento del pus ha un'importanza assai grande seguire una via che rapidamente conduca alla guarigione. Per raggiungere questa bisogna soddisfare a due requisiti indispensabili: che cessi ogni secrezione pleurale e che il polmone torni ad espandersi.

È indispensabile, anzitutto per raggiungere il primo obbiettivo, che l'apertura sia fatta nel punto più declive della raccolta toracica, alquanto bilateralmente e posteriormente, la qual cosa si raggiunge mediante un esatto esame clinico, coadiuvato dall'esplorazione coll'ago: ma quando tale obbiettivo non si raggiungesse a primo colpo, si consiglia di richiudere la breccia praticata, e scendere più in basso a fare la costotomia.

Un'altra condizione necessaria è di impedire l'infezione della pleura e l'entrata dell'aria nel torace: e per raggiungere questo scopo sono stati inventati numerosi trequarti, sifoni, tubi, ecc. I metodi di evacuazione e di tamponamento più in uso sono quelli di Storch-Perthes e di Rovsing. Le statistiche hanno dimostrato come, col drenaggio « chiuso » la durata della malattia venga notevolmente ridotta.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Le prime cure ai feriti del terremoto.

Ero medico interino a Ortona dei Marsi quando la mattina del 13 il terremoto mi fece balzare dal letto e scappare a vestirmi sulla neve. Pochi minuti dopo ero già a fare il mio dovere e per tre giorni consecutivi ho curati circa duecento feriti sparsi per chilometri e chilometri quadrati di alta montagna.

Credo che sia non inutile riportare le mie osservazioni. Comincio col classificare i feriti:

I. Ferite lacero contuse alla testa.
II. Contusioni e paralisi.
III. Fratture e lussazioni.
IV. Scottature.

Non posso riportare cifre precise perchè nei primi momenti non segnavo che i feriti gravi

pei quali urgeva il trasporto immediato in Ospedali. Ma in genere le ferite alla testa erano le più numerose. Esse variavano da lievi escoriazioni a tagli più o meno netti lunghi fino a 15 cm. Esse erano nel maggior numero leggere o per lo meno alla prima visita facevano l'impressione di non esser pericolose per la vita dell'infermo. Perchè bisogna aggiungere che io ho perduto di vista questi feriti sparsi un po' dappertutto e non so le complicazioni e il decorso delle ferite.

Ad ogni modo ricordo una donna con due ferite gravi alla testa, una che decorreva da una apofisi mastoide all'altra dietro la nuca e l'altra nella regione frontale.

Ora questa donna perdeva sangue abbondantemente e a regola d'arte sarebbe stata urgente la legatura dell'arteria occipitale destra. Ma che fare solo, in mezzo alla neve, con un po' di tintura di iodio e qualche fascia?

Così un bambino di 16 mesi con una estesissima ferita che scoperchiava tutte le parti molli della regione temporale a prima vista mi fece tale raccapriccio che pensai inutile qualunque cura. Eppure per far qualcosa di fronte ai parenti lo medicai e il bambino visse altri otto o nove giorni e morì forse, lo confesso, per l'impossibilità di poterlo rivedere e medicare spesso. Il medico in quei momenti non poteva esercitare con piena esattezza il proprio dovere perchè la estensione enorme del territorio impediva le visite ripetute. In più oltre la professione il medico doveva consigliare, dirigere, cercare di diminuire il terrore nella popolazione.

Tornando alle ferite io credei opportuno usare su larga scala la sutura. Innanzi tutto ebbi occasione di curare la maggior parte di tali ferite nella prima e seconda giornata, poi fui partigiano della sutura riflettendo che le ferite infette per se stesse, avrebbero risentito poco danno dal filo non sterile, ma nello stesso tempo gli estesi scollamenti avrebbero avuto agio di aderire al loro posto normale anche se i margini non guarivano per prima. Perciò io con le forbici curve rasavo bene la parte, poi con tintura di iodio, passavo i punti a sopraggitto molto larghi tuse e infine, bagnando il filo nella tintura di iodio passavo i punti a sopraggitto molto larghi senza preoccuparmi di far collabire esattamente i margini.

In più nelle ferite molto scollate lasciavo uno stuello di garza bagnata nello iodio al disotto dell'intera sutura. Ebbene con tale trattamento immediato molti mi son guariti di prima intenzione, senza dire che la sutura è stata l'unica via di uscita nel caso riportato sopra, ove era indicata l'allacciatura dell'occipitale. Molte volte la sutura ha suppurato, ma secondo me la ferita avrebbe suppurato lo stesso anche senza sutura perchè è illogico pensare che ferite gravemente infette siano divenute perfettamente asettiche con la sola prima medicatura.

Tutti i feriti sarebbero già guariti se fossero stati riuniti in posti ove si fossero potuti sorvegliare e vi fosse stato un po' di iodoformio, garza, fasce e, quel che più importa, la tranquillità e il riposo in letto anzichè sulla neve.

Le contusioni sono state numerosissime, ma io non me ne preoccupavo se non per la diagnosi. Infatti gravi contusioni degli arti inferiori simulavano per le posizioni coatte lussazioni o fratture. Io facevo grandi impacchi caldi e impiastri e mi riservavo il giudizio. Così due donne che simulavano perfettamente la frattura del collo del femore in meno di quindici giorni sono perfettamente guarite. Più facili erano le diagnosi di paralisi e abbastanza frequenti. Così su 200 feriti circa ho avute quattro o cinque paralisi e una paralisi peroniera.

Le fratture sono state relativamente al disastro poco frequenti, saranno state una trentina. Predominavano le fratture dell'omero nel terzo medio e le fratture della gamba. Quanto alla cura di esse ho fatto qualche apparecchio, ma visto che era impossibile averne alcun risultato date le condizioni orrende dei luoghi ho fasciato semplicemente e ho fatto trasportare al più presto tutti i fratturati. Così non ho nemmeno toccate due o tre fratture della gamba fasciate dai contadini stessi con scorze d'albero perchè privo di ovatta e fasce, contentandomi di esaminare lo stato generale dei feriti e riserbandone la cura ad altri.

Le lussazioni sono state varie: una lussazione del femore, varie lussazioni dell'omero, una lussazione del pollice. Questa ultima sola potei ridurre subito, come pure una lussazione dell'astragalo.

Le scottature sono state varie specialmente in bambini lasciati cadere per lo spavento nel fuoco. Ne ricordo una di una giovanetta, estesa a tutta la regione posteriore della coscia. La fasciai e la inviai all'Ospedale.

Di tutti i feriti nei primi 15 giorni del terremoto son morti tre. Uno fu quel bambino già detto, un altro fu un giovane che aveva continui vomiti sanguigni, il terzo fu una donna con peritonite acuta.

E tutti coloro che si lamentavano di dolori, di fastidi, ecc., cosa avranno avuto? Il povero medico sperduto nelle montagne, digiuno per delle intere giornate, assiderato, non può resistere a tale lavoro immane mentale e materiale: certo qualche errore gli sarà sfuggito e qualche dia-

gnosi non sarà riuscita a fare bene. E mentre li curava, sostenere con le buone parole gli affamati e difendersi e imporsi, magari con la violenza, pel trasporto dei feriti.

E i morti? Vi erano dei morti così sani in apparenza che veniva il desiderio di domandarsi come fossero morti. Ma a tale indagine il tempo e il proprio dovere non permettevano dedicarsi.

Dott. VINCENZO GROSSI.

MEDICINA SOCIALE.

La morbilità e la mortalità degli infermieri dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Un interessante studio ha pubblicato il dottor Franco Chincarini, medico-ispettore dell'O. M. sulla patologia professionale degli infermieri (Rivista *L'Ospedale Maggiore*, n. 11 del 1914).

Il periodo di tempo studiato si riferisce al decennio 1904-1913, prendendo in considerazione oltre 500 infermieri d'ambo i sessi, ricercando per ogni anno il numero dei malati, dei morti e le giornate di assenza per malattia. Osserva quali siano le malattie che con maggior frequenza si presentano e quale influenza abbia il lavoro sulle forme morbose.

L'A. pone in evidenza con numerose tabelle come il personale più colpito sia il femminile, perchè con maggiore facilità trovasi in immediato contatto con l'ammalato.

Nel decennio considerato rilevasi che per il personale maschile si ebbe una media di morbilità annua del 57.71 % con una mortalità dell'1.51 %, per il femminile la morbilità fu del 99.6 % con una mortalità dell'1.85 %.

Notasi, come dato importante, che dai primi agli ultimi anni del decennio la mortalità ha subìto una notevole diminuzione.

Le forme morbose che più frequentemente colpiscono il personale d'assistenza, sono rappresentate dalle bronchiti acute, dalla tubercolosi polmonare, da quelle dell'apparato digerente, del sistema nervoso, ecc., con prevalenza sempre nel sesso femminile.

L'A. dopo aver fatto rilevare in modo minuzioso e confortato da tabelle statistiche, le malattie che colpiscono questa classe di lavoratori, pone la sua attenzione su quelle che dànno maggiori esiti letali. Si riferisce alla tubercolosi ed alla febbre tifoide.

Per la tubercolosi polmonare l'A. ha rilevato una media annua di colpiti dell'1.1 % nel personale maschile e del 2.3 % in quello femminile, con una media di mortalità del 37.50 % dei colpiti, corrispondente presso a poco alla mortalità riscontrata dal dott. Guerra negli ospedali di Firenze, ed inferiore a quella del personale d'assistenza degli ospedali di Parigi, dove la morbilità raggiunse il 4.34 % e la mortalità il 55.4 % sui colpiti.

Per la febbre tifoidea l'A. riferisce aver rilevato in tutto il personale femminile (350 circa) una media di 6 casi di tifo all'anno, con una mortalità del 49 % delle colpite.

Egli conclude ritenendo che la morbilità e la mortalità anche per queste malattie potrà essere ridotta, allorquando il personale d'assistenza segua più scrupolosamente quelle norme di profilassi che nella scuola professionale vengono a loro impartite, e l'ospedale offra tutti quei mezzi perchè questa difesa possa attuarsi. Che gli ammalati di forme trasmissibili sieno isolati in ambienti adatti, così per i tubercolosi, che per i tifosi; che una visita sanitaria rigorosa e scrupolosa sia fatta agli aspiranti infermieri, e che la vita di questi si svolga in ambienti salubri, tali da mantenere quello stato di forza e resistenza necessario per potere utilmente assistere l'ammalato ed anche difendere sè stessi dalle malattie.

A. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(617) *Sulla cura della nevrastenia.* — Le sarei oltremodo grato se nella «Posta degli abbonati» volesse essermi cortese di indicarmi qualche rimedio efficace per la cura della nevrastenia d'una malata dell'età di circa 72 anni che soffre da oltre 4 mesi ripetuti accessi nervosi, specie di notte.

I sintomi che maggiormente affliggono l'inferma sono la dispnea, la secchezza della bocca, il calore insopportabile alle intestina, allo stomaco, la stitichezza ed il cardiopalmo. La pirosi lungo il decorso dell'esofago, senso di bruciore e la nevrosi dell'utero.

Ai rispettivi sintomi prescrissi diversi metodi di cura. Enteroclismi e purghe per la stitichezza e per il gran calore e sale di Karlsbad. Il decotto di china callisaia col liquore arsenicale del Fowler per l'inappetenza continua; iniezioni di cacodilato di soda per gli accessi di ischialgia ed anche di morfina; tintura di castoro e di noce vomica pensando ad una gastralgia; salofene ed aspirina per gli stessi dolori ischialgici; bromuro di potassio, di sodio e d'ammonio per sedare i nervi; infuso di digitale e bromuro di potassio per il cardiopalmo. Ma nessuno di questi rimedi apportò all'inferma alcun senso di benessere.

Chiamato il collega vicino, fece la stessa diagnosi, ma non seppe altro prescrivere che im-

pacchi freddi all'addome, ma neppure questi le giovarono, anzi le produssero forti brividi di freddo. Ed ora io, non sapendo più che fare, mi rivolgo alla S. V. Ill.ma, affinchè si compiaccia prescrivere qualche farmaco che possa alleggerire in parte tutte le sofferenze, che non la lasciano tranquilla, nè l'inferma lascia tranquillo il medico, dal quale vuole essere assolutamente guarita.

Desidera almeno essere liberata dal gran calore della bocca, dell'addome, della nevrosi uterina, del cardiopalma e del senso di bruciore all'esofago ed allora potrebbe attendere alle faccende domestiche.

Come regime alimentare ho sempre prescritto latte, caffè e latte, frullate, crema, zambaione, quagliato, semolino, minestre di latte e di brouova bazzotte, ma nessuno di questi alimenti le piacciono e dice che non li digerisce. È un vero tormento per la famiglia e per il medico.

Ringraziandola distintamente mi creda.

Dev.mo: Abbonato N. 143-267.

Rispondiamo in via d'eccezione.

Data l'età dell'inferma, la ostinatezza dei sintomi, e il nessun effetto delle adatte cure da Lei praticate, dubitiamo assai che altri medicamenti possano esplicare influenza benefica. Contro la pirosi può provare a somministrare il bicarbonato di sodio e la magnesia usta (p. es., bicarbonato gr. 1, magnesia cgr. 20, cloridrato di morfina cgr. 0.5-1; di tali dosi darne una prima e una dopo il pasto), e a far bere, invece dell'acqua comune, quella di Sangemini. Per il cardiopalmo — se esso non dipende da lesioni aortiche (nel qual caso si può cercare di combatterlo con la dieta latteo-vegetariana, le derivazioni intestinali, gli oppiacei: p. es., il pantopon), o da altre affezioni organiche — può tentare una miscela di bromuro di potassio e cloralio idrato, con qualche goccia di tintura di valeriana o di tintura di radici d'aconito.

Se poi l'ulteriore osservazione della paziente dovesse dimostrarle trattarsi di una vera sindrome psichica a carattere ipocondriaco, potrebbe riuscire utile all'inferma l'internamento in una casa di salute.

Prof. V. FORLÌ.

(618) *Anemia in gravidanza - Siero antidifterico, Posologia - Cura delle scottature.* — Prego cotesta spettabile Redazione a volermi dispondere nella « Posta degli abbonati » ai seguenti quesiti:

I. Quali formule si possono usare per curare un'anemia in donna gravida mediante iniezioni?

II. In casi di difterite è indifferente usare invece di una fiala di date U. I. due fiale le cui U. I. sommate corrispondano alla prima? Per es. invece di una iniezione di 2000 U. I. usarne due di 1000 U. I. ciascuna.

III. Ho in cura un bambino con una piccola piaga da scottatura che nonostante tutti i cheratoplastici non cicatrizza: che cosa potrei usare per guarirlo? Ho ottenuto vantaggio dai bagni di soluzione di bicarbonato di soda al 2 %: la piaga si è ristretta ma non cicatrizzata.

Prego rispondere al N. d'abbonamento. Vivissimi ringraziamenti. Abbonato N. 5566.

I. In tutte le anemie, ma specialmente nell'anemia in gravidanza, la cura non può e non deve seguire un criterio direttivo unicista, con formole stereotipate di medicamenti, che stimolino o correggano la crasi sanguigna. Condizione necessaria della cura è la conoscenza della forma e possibilmente della natura dell'anemia. Una donna, clorotica prima della gravidanza, che tale si mantiene durante il periodo di gestazione, una forma di anemia che ha il suo fondamento in una lesione renale, o in una pregressa infezione sifilitica, un'anemia tipo Biermer che insorge nella gravidanza, per citare le forme principali e più comuni, sono passibili di un trattamento variabile, che dal riposo, dalla nutrizione buona, dalle cure ferro-arsenicali, dal trattamento specifico o dietetico conveniente possono giungere all'interruzione della gravidanza. Poichè nella sua domanda mancano dati sufficienti, preferiamo, avere accennato alla cura in tesi generale.

II. Fino a poco tempo fa, si era eccessivamente preoccupati della possibile azione dannosa del siero di cavallo sull'organismo umano, e specialmente sui bambini. Tali preoccupazioni sono state demolite dalla esperienza corrente della cura della difterite, praticata con dosi enormi di siero, per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Rimane sempre un mezzo comodo avere a propria disposizione un siero ad alto potere immunitario (2000-3000. U. I. in 1 cmc.), specialmente quando si deva procedere ad iniezioni di 10-20,000 U. I. per via intramuscolare, però, per nostra esperienza, possiamo rassicurarla che nessun danno può venire dalle alte dosi di siero di cavallo. Il benefizio è identico, qualunque sia la concentrazione delle antitossine, purchè le preparazioni siano accuratamente dosate e controllate, e conservate in luogo opportuno.

III. La prima condizione per la cicatrizzazione delle piaghe da scottatura è l'assenza di sepsi; s'è perciò che molti usano come mezzo di terapia nel primo intervento, una pennellatura della parte con diluizione alcoolica di tintura di jodio all'1-2 %. Le successive medicature possono es-

sere secche o umide (soluz. fisiologica) a seconda del caso; negli organismi in cui la cicatrizzazione ritardi per cause organiche, è opportuno correggerle con cure convenienti; un ottimo stimolante locale della epitelizzazione è lo Scharlach (0.10 gr. in 20 d'acqua).

t. p.

(619) Vi sarei oltremodo grato se vi compiaceste rispondermi nella « Posta degli abbonati » ai seguenti due quesiti:

1° Esiste un anestetico generale da usarsi ipodermicamente, di origine americana e contrassegnato, se non erro, con le tre lettere *H.M.C.* Sapreste dirmene qualche cosa e dove potrei acquistarlo?

2° In che modo potrei evitare la sollecita putrefazione di un cadavere per ritardarne di qualche giorno l'inumazione?

Con stima.

Bianchi (Cosenza).

Dott. Agostino Milanese
Abb. N. 3903.

1° Esiste un anestetico generale da somministrarsi per via ipodermica contrassegnato dalle tre lettere *H.M.C.* Esso è in vendita presso il dott. Calcagni, via Mergellina, 113, Napoli.

È una miscela di joscina, morfina e cactoid. L'aggiunta del cactoid eliminerebbe gli effetti dannosi che potrebbe produrre la joscina. Se ne distinguono, a seconda della composizione, due numeri: 1° e 2°, il 1° più forte, il 2° più debole. Per ottenere l'anestesia generale si deve iniettare 2 ore prima dell'operazione il n. 1, e mezz'ora prima il n. 2. L'iniezione del n. 1 può essere fatta da sola prima di una narcosi cloroformica, riducendo la quantità necessaria di narcotico del 75 %.

Mentre alcuni operatori hanno affermato di avere ottenuto da questo anestetico sempre risultati ottimi, altri hanno notato varî inconvenienti ed alcuni hanno attribuito ad esso anche casi di morte.

2° Il miglior modo per evitare la sollecita putrefazione di un cadavere consiste nello scoprire un'arteria femorale, inciderla e introdurre attraverso essa nel torrente circolatorio una soluzione acquosa di formalina al 10 %, fino a tanto che appare una specie d'imbibizione dei tessuti superficiali lontani dalla coscia (gote). In genere occorrono circa 2000 o 2500 cmc. di soluzione.

Si possono anche fare molteplici iniezioni sottocutanee o intramuscolari della stessa soluzione od anche di una soluzione di sublimato al 10 per mille.

L. D.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Malattie infettive dell'uomo e degli animali. Trattato pratico di parassitologia, per cura del prof. ALESSANDRO LUSTIG. Vol. II, in-8° gr. di pag. 1298. Milano, Casa editrice dottor Francesco Vallardi, 1915. L. 35.

Abbiamo già presentato il primo volume di questa grandiosa e splendida opera, la quale risulta di una serie di monografie redatte con grande diligenza e competenza.

Onde far apprezzare questo secondo volume ci basti indicarne il contenuto.

È tutto consacrato alla parte speciale.

Completa dapprima lo studio degli schizomiceti, già iniziato nel volume precedente; la peste è trattata da Galeotti e Pentinelli; i bacilli capsulati sono oggetto di studio da parte di Banti; i tifo-coli e dissenterici sono trattati da Lustig e Rondoni; il piocianeo da Menini; il mal rosso da Stazzi; il carbonchio da Guerrini e Sclavo; gli anaerobi da Tiberti; il colera da Lustig; la tecnica batteriologica viene esposta da Tiberti.

Seguono le infezioni da protozoi: la generalità e le tripanosi sono trattate da Ottolenghi; la malaria e le leishmaniosi da Dionisi; la sifilide e le febbri ricorrenti da Bertarelli; le piroplasmosi da Alessandrini; delle coccidiosi e delle emogregarine si occupa Lanfranchi; sulle amebe espongono uno studio Castellani e Chalmers; dei neosporidi e dei ciliati parassiti si occupa Rondoni.

La trattazione dei vermi parassiti è stata affidata ad Alessandrini, fatta eccezione pei trematodi, trattati dal Bandi.

Vengono poi le malattie da virus filtrabili e cioè: vaiuolo e vaiuoloide, vaccino e vaccinazione, di Guarnieri; febbre gialla, di Bertarelli; febbre da pappataci, di Tedeschi; tracoma, di Paparcone; rabbia, di Volpino; malattia di Heine-Medin, di Dionisi; dengue, di Castellani; varî altri capitoli concernono la patologia animale.

Una sezione importante è consacrata alle malattie infettive da causa dubbia od ignota. Comba si occupa della scarlattina, del morbillo, della rosolia e forme affini, della pertosse; De Vecchi del reumatismo articolare acuto; Banti del tifo esantematico; Castellani e Chalmers della verruga peruviana; ecc.

Sono anche prese in esame alcune malattie di cui è dubbia la natura infettiva: la pellagra, da Perroncito; il beri-beri e lo scorbuto infantile, da Rondoni; il cretinismo e il gozzo endemico, da Lustig.

Chiudono il volume brevi cenni sulle dermatosi tropicali infettive: sono dovuti al Castellani.

Moltissime figure, circa 500 — in gran parte originali — oltre a 5 tavole, rendono più chiara l'esposizione.

Un ricco indice alfabetico agevola le ricerche.

R. B.

Ergebnisse der Immunitäts-Forschung, experimentellen Therapie, Bakteriologie und Hygiene. Vol. 1, in-8° gr., di pag. 470. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1914. Prezzo M. 20; rilegato 22.60.

Questa pubblicazione, diretta dal prof. W. Weichardt, sostituisce lo « Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung», che datava dal 1906. Estende il dominio dello antico Annale; ma al tempo stesso ne riduce la mole e ne cambia gl'intendimenti, in quanto che accoglierà solo riviste generali.

Questo volume contiene le seguenti pregevoli monografie:

Duerr, Nuovi risultati nel dominio dell'anafilassi; Vaughan, Sui fenomeni dell'infezione; Sleeswijk, La specificità; Süpke, La natura della vaccinoterapia alla luce delle nuove ricerche; Rothacker, La digestione parenterale; Eisenberg, Le mutazioni dei microrganismi; Fitz-Gerald, Le nuove ricerche sulla poliomielite anteriore; Petruschky, L'immunità antitubercolare; Gay, L'immunizzazione contro il tifo; Klimemr, Diagnosi, profilassi e terapia specifiche dell'aborto da bacillo di Bang.

Tutte interessano vivamente i cultori dell'immunilogia, della microbiologia, dell'igiene e della terapia sperimentale, nonchè i pratici generali che intendono seguire davvicino i progressi delle scienze mediche.

R. B.

Lavori della Società Italiana Patologia Esotica. Quarta riunione tenuta a Messina il 27-28 giugno 1914.

Il volume, che per mandato del Consiglio direttivo ad opera del prof. Gabbi recentemente venne in luce, contiene quanto di migliore, di più recente, di più interessante offre lo studio delle malattie esotiche. Le due relazioni, l'una sulla « febbre dei tre giorni », l'altra sulla « febbre emoglobinurica », costituiscono di per sè sole un lavoro di analisi e di critica severa e serena, che basterebbe a rendere la pubblicazione di vero e reale interesse. I contributi sulla leisthmaniosi interna, quelli sul favismo e sulla dermatite da canna, gli studi sul bubbone climatico, sulla malaria, sulla febbre di Malta, sulla lebbra, completando ed illustrando i quadri clinici delle varie forme morbose ricordate, conferiscono alla pubblicazione un pregio ed una attualità indiscutibile. È degna infine di menzione particolare l'osservazione fatta per primo in Italia e riportata dal Gabbi di tre casi clinici di afta tropicale (Sprue).

È un volume questo che dovrebbe essere letto da medici pratici e da coloro che seguono un indirizzo prettamente scientifico, per le molte ed utilissime cognizioni, che gli uni e gli altri possono ritrarre, relative a questa branca della patologia umana, la necessità del cui studio ogni giorno si afferma sempre più.

P. C.

VARIA.

Il problema del pane. — Il grave problema minaccia ormai tutti i paesi civili. La Germania è stata costretta al monopolio statale; le razioni personali vi sono state assegnate come se tutta la nazione fosse stretta da un immenso assedio.

Ogni capo di casa, munito del certificato dello stato di famiglia, può ritirare, pagandolo, tanto pane quanto ne corrisponde durante una settimana a due chili e mezzo a persona: è una quantità scarsa! E si tratta di pane di guerra, scuro ed in cui entrano vari succedanei del grano. Le ammende ai contravventori sono gravi: arrivano alla multa di 600 marchi.

Secondo il « Lancet » del 30 gennaio, in Inghilterra il prezzo della farina di grano è salito da 25 scellini il sacco prima della guerra a 45. Il giornale suggerisce una serie di provvedimenti, come l'uso della meliga, l'utilizzazione integrale del grano o l'uso della crusca e il consumo di patate, per ovviare alla carestia.

In Italia si è prodotto un sensibile rincaro, in parte dovuto alla minore produzione dello scorso anno, in parte alle condizioni generali del mercato; ma dobbiamo considerare che per solito la produzione interna di grano in Italia è quasi bastevole ai bisogni: infatti l'importazione non raggiunge normalmente che il 20 %; d'altra parte si è ora pronunziato un intenso movimento a favore della coltura granaria, la quale si è già estesa dal 5 al 15 % nelle varie regioni.

Quindi la crisi non potrà essere molto grave. Nè dovrebbe riuscire difficile fronteggiarla, estendendo altre colture (meliga, legumi, patate, ortaglie), a parte le misure adottate dal governo.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per i medici dei comuni devastati dal terremoto.

La sventura che ha colpiti i nostri colleghi della zona devastata dal terremoto appare sempre più desolante, il loro eroismo sempre più grandioso e sublime.

Al triste elenco dei caduti dobbiamo aggiungere il dottor Mulè di Gioia dei Marsi, il dottor Mazzi che si trovava temporaneamente a Cerchio per un breve interinato. Onore e lagrime per la memoria di questi poveri martiri; la nostra simpatia, il nostro compianto per le loro famiglie superstiti!

Vorremmo incidere nel marmo il nome dei medici scampati al disastro, vorremmo con lirica alata perpetuarne gli atti di eroismo. Di molti abbiamo già fatto cenno nei numeri precedenti, di parecchi abbiamo taciuto perchè non ci fu possibile ricordare, dir di tutti, chè tutti i medici dei luoghi devastati furono sublimi nel loro eroismo, nel loro martirio. Ricordiamo ancora il dott. de Paulis, della solitaria, dimenticata Aielli, che per più giorni provvide da solo alla medicazione dei numerosi feriti; il dott. Mascitelli di Gioia dei Marsi, che con una vasta ferita al cuoio capelluto e due costole rotte, e pure avendo perduta tutta la famiglia, non si mosse se non quando i soccorsi giunsero al paese da lui amministrato; il dott. Maddalena di Lecce dei Marsi che, anche lui ferito, con scarsissimi mezzi attese al salvataggio dei sepolti, alla cura dei feriti.

Ora è tempo di provvedere a soccorrerli, di manifestare efficacemente la solidità nostra, la gratitudine del paese.

Il doveroso interessamento che il nostro giornale ha dimostrato per la santa causa dei colleghi ha fatto sì che molti si son rivolti a noi per additare miserie e rimedii.

La condizione dei nostri colleghi, l'abbiamo già detto, è delle più miserande. Sempre più doloranti per la perdita dei loro cari, esposti ai rigori di un clima freddissimo, senza casa, senza conforto, essi continuano a prodigare la loro opera senza compenso alcuno, senza una visione esatta di quel che sarà il loro avvenire. La maggior parte, come dicemmo, si trovano d'essere medici condotti di un municipio che non esiste più; parecchi, e dei più vecchi, che vivevano da tempo col lavoro professionale privato, hanno visto d'un tratto ed irreparabilmente scomparire la loro clientela, sepolta nelle macerie o emigrata nelle città soccorritrici.

Come dimostrazione della nostra solidarietà fraterna noi possiamo anche portare loro il nostro aiuto materiale, e quindi plaudiamo alla iniziativa dei dottori Brunelli e Silvagni. Ma è certo che per quanto largo e generoso possa essere il contributo dei colleghi d'Italia, non si riescirà mai a sollevare efficacemente, durevolmente tante miserie. Forse sarebbe meglio che noi devolvessimo il nostro aiuto alle famiglie superstiti, agli orfani dei poveri colleghi morti: bene ha fatto perciò l'Ordine dei medici di Roma destinando a tale scopo la propria oblazione.

Come noi sostenemmo fin dal primo momento spetta allo Stato di provvedere alla sorte dei medici superstiti, e siamo lieti che la Direzione generale di sanità abbia inteso il problema nei suoi giusti termini. Non gratificazioni, non sussidi, ma una sistemazione che permetta ai medici di poter continuare a prestar la loro opera con la sicurezza di essere adeguatamente compensati.

Ci consta infatti che sono state date disposizioni ai R. Commissari perchè i medici locali siano assunti per l'assistenza sanitaria e l'esercizio dei ricoveri provvisori per malati corrispondendo loro a seconda dei casi e delle necessità locali una diaria mensile o un compenso per ogni singola prestazione. Tale assunzione a carico dello Stato sarà protratta finchè le amministrazioni comunali non saranno in grado di provvedere con mezzi propri.

Ci auguriamo che queste disposizioni abbiano sollecita e completa esecuzione. Con esse, dobbiamo convenirne, oltre a provvedere, ed in modo per essi molto dignitoso, alla sorte di tutti i medici superstiti, si assicura nel modo più efficace il servizio sanitario nei luoghi devastati, tanto più che si tratta di sanitarî già noti alle popolazioni, edotti del loro carattere e della loro indole, di cui godono la fiducia.

Ma occorrono ancora altre provvidenze, occorre che i medici siano messi in condizione di potere esplicare convenientemente la loro missione. Essi sono ancora alloggiati con le loro famiglie in vetture ferroviarie, dove insieme agli altri disagi, essi sopportano tutte le inclemenze del tempo, il freddo, che talora durante la notte raggiunge 16 gradi sotto zero. In queste condizioni essi si trovano già da circa un mese, e non deve quindi meravigliare se i disagi, l'alimentazione non conveniente, l'eccessivo lavoro, i patemi d'animo abbiano abbattuto la loro fibra, facendone ammalare parecchi.

Non si può pretendere, nè si pretende l'impossibile, non si può pretendere che il governo possa provvedere a tutto in breve tempo, ma mettere il medico in condizioni di attendere alle proprie mansioni è cosa urgente, improrogabile.

È necessario che il medico abbia la sua baracca dove possa alloggiare, riposare, costituire un piccolo ambulatorio di consultazioni, un locale di medicazione.

I provvedimenti già annunciati dalla Direzione generale di sanità ci danno affidamento che anche qualche cosa e presto sarà fatto in tal senso.

Tutto ciò che il Governo farà per l'assistenza sanitaria nei luoghi devastati dal terremoto se varrà a sollevare le sorti dei medici, costituirà certo un vantaggio per quelle popolazioni: i medici costituiranno il nucleo morale intorno al quale risorgeranno, rifioriranno i paesi dell'ubertosa conca del Fucino, dell'industriosa valle del Liri.

DR.

Le nomine ad impieghi comunali.

Una importante decisione della 4ª Sezione del Consiglio di Stato.

Il 25 marzo 1913 il Comune di Venezia bandiva un concorso al posto di medico vice-ispettore del servizio sanitario di quella città.

Il 10 luglio successivo la Commissione giudicatrice, composta dal prof. Luigi Lucatello, della R. Università di Padova, del prof. R. Vivante, direttore dell'Ufficio municipale d'igiene e del prof. G. Jona, medico primario dell'Ospedale di Venezia, concluse la propria relazione classificando per titoli ed esame *primo ad unanimità* il dott. Raffaello Severi da Torino e designandolo conseguentemente per la nomina.

Un solo fu il designato, perchè uno solo era il posto messo a concorso.

Il Consiglio comunale avrebbe dovuto deliberare senz'altro la nomina del dott. Severi in base al disposto dello articolo 98 del vigente regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale che nel secondo capoverso dispone testualmente così: « Per gli altri impiegati (comunali) la Commissione forma una graduatoria nel limite dei posti messi a concorso ed il Consiglio *nomina* i designati ».

Il Consiglio comunale non ha, in simiglianti casi, libertà di scelta.

Esso è vincolato dal verdetto della Commissione giudicatrice. Questa propone tanti candidati quanti sono i posti messi a concorso ed il Consiglio *deve* nominarli senz'altro.

Però il Consiglio comunale di Venezia nel caso in esame non si regolò in tale maniera. Respinse invece la nomina del dott. Severi. Successivamente la Giunta, riunitasi di urgenza, deliberò di annullare il concorso e di indirne uno nuovo. Tanto la deliberazione del Consiglio quanto quella della Giunta divennero esecutorie per decorrenza di termini.

Contro tali deliberati insorse il dott. Severi con ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato per ragioni di legittimità e, più specialmente, per violazione del precitato capoverso dell'articolo 98 del regolamento comunale.

La IV Sezione del Consiglio di Stato con chiara e dotta decisione adottata in seduta del 30 dicembre u. s. ha accolto pienamente le ragioni del ricorrente dott. Severi e, rigettando un controricorso del Comune di Venezia ed ogni altra qualsiasi eccezione contraria, ha dichiarate nulle le suaccennate deliberazioni del Consiglio comunale e della Giunta di Venezia, affermando non solo il principio che, tranne in caso di indegnità morale o di inattitudine fisica del designato, le Amministrazioni municipali non possono rifiutargli la nomina, ma, dato che l'assenza di queste due condizioni è presupposto implicito a qualunque nomina, riconosce eziandio l'*obbligo assoluto* delle Amministrazioni di nominare il designato o i designati dalle Commissioni stesse.

Facciamo plauso a tale pronunziato della IV Sezione del Consiglio di Stato perchè esso tronca e definitivamente decide una delle più gravi questioni che da tempo si agita nel campo amministrativo circa la facoltà dei Consigli comunali in materia di nomina di impiegati.

Il responso di detto Supremo Collegio, non solo risolve, secondo criterî di stretto diritto, il caso del dott. Severi, ma infonde completa serenità e fiducia a tutti coloro che aspirano a conseguire impieghi alla dipendenza di amministrazioni municipali. Oramai non è più ammissibile oscitanza di sorta. Dall'atto della pubblicazione della relazione della Commissione giudicatrice, il designato acquista un vero diritto al posto cui aspira, diritto che può essere efficacemente fatto valere anche in sede giudiziaria per il rispondente indennizzo di danni.

Purtroppo, non ostante la chiara e, secondo noi, non dubbia dizione del precitato articolo 98 del regolamento comunale, frequentemente avveniva che individui designati dalle Commissioni come meritevoli di nomina si vedevano postergati e respinti, sol perchè i Consigli comunali si credevano lesi nella loro autonomia dall'essere obbligati a nominare la persona o le persone designate.

Non neghiamo che i Consigli comunali, come Corpi autarchici, debbano godere la massima indipendenza e libertà di scelta nella nomina dei proprî stipendiati e che dallo articolo 126 n. 2 della legge comunale è ad essi esclusivamente affidata la nomina degli impiegati comunali, ma osserviamo che nessuna di tali facoltà è certamente violata o distrutta dal disposto del succitato articolo 98, che presuppone una delega fiduciaria, lata ed assoluta, fatta dallo stesso

Consiglio comunale alla Commissione che esso, caso per caso, liberamente nomina, investendola delle proprie attribuzioni.

E poichè l'esame della Commissione si limita, di ordinario, alle sole qualità tecniche dei candidati, è giusto, come ha fatto la IV Sezione, riconoscere nei Consigli comunali la facoltà di reiezione del candidato designato, quante volte fosse provata la di lui indegnità morale od inettitudine fisica.

Il principio solennemente sancito dalla IV Sezione era già stato precedentemente affermato anche dalla giurisprudenza a riguardo della unicità del concorrente in concorsi per nomine a medico condotto. Si disse che il Comune, in somiglianti casi, era obbligato alla nomina dell'unico concorrente sempre che ragioni di condotta o di fisica inabilità non consigliassero diversamente.

La IV Sezione del Consiglio di Stato ha ora, nel caso del dott. Severi, maggiormente ampliata la portata di quel principio, dichiarandolo applicabile a qualsiasi nomina ad impieghi comunali e ciò in osservanza del disposto del precitato articolo 98 del regolamento comunale.

A seguito della suesposta decisione, non dubitiamo che il Consiglio comunale di Venezia vorrà ritornare sui proprî atti e procedere alla nomina del dott. Severi, che ha bene il diritto di conseguirla essendo stato, come dicemmo, classificato primo ad unanimità di voti dalla Commissione giudicatrice del concorso, composta di personalità eminenti, di indiscutibile competenza e dottrina.

E noi siamo sicuri di averne quanto prima ampia conferma, anche in ossequio alla autorità del Supremo Consesso giurisdizionale amministrativo del Regno. Doctor Justitia.

Per gli ufficiali medici.

Ci pervengono le due lettere che seguono:

Preg.mo Sig. Direttore del Policlinico,
Roma.

Avendo letto nel numero scorso la lettera riguardante gli ufficiali medici, che ha avuto la bontà di pubblicare, ci permettiamo inviarle la presente sperando che vorrà anche inserirla nel suo pregiato giornale.

Le lagnanze di cui parla l'articolo sopraccennato non riguardano solo i tenenti, ma anche i capitani, che ad essi sono assolutamente equiparati per trattamenti e servizi. Allorchè un ufficiale è promosso a tal grado, crede di aver raggiunto il suo posto indipendente e decoroso di capo servizio, ma ben presto deve riconoscere che egli non è altro che un semplice subalterno sballottato senza criterio e risparmio ed aggravato dai più svariati e più umili servizi.

I tenenti hanno risoluto il loro problema di riscatto lasciando numerosi la carriera militare, tanto che un vero sgomento ha invaso i dirigenti e cercano per ciò di accarezzare ed allettare i predetti ufficiali in mille modi. Ma i capitani, al contrario, hanno parecchi anni di servizio, sono di età matura e perciò qualunque angheria a loro danno può essere imposta e d'ordinario viene tacitamente subìta. Ebbene è necessario che si sappia, e sia questo di monito e di avviso a chi di dovere, che molti capitani vogliono rompere a qualunque costo il giogo che li tiene legati, poichè non possono permettere, che se in casi eccezionali si debba tutto sopportare e trascurare con qualunque sacrificio, come se ne è data prova, in tempo normale deve essere rispettato il decoro del grado ed il santo e doveroso affetto della famiglia.

Perciò il solo mezzo è anche per loro quello di abbandonare la carriera intrapresa e coltivata con tanto ardore, facendo notare che lo spauracchio degli anni di servizio viene ad essere annullato dal fatto che le spese annuali non rimborsabili per i frequenti cambiamenti vengono in gran parte a coprire lo stipendio annuo, per cui tanto vale rimanere liberi e indipendenti, e già una schiera di capitani è pronta a tale spontaneo sacrifizio, se in breve non si provvederà con energia e giustizia alle deficienze di numero e di attribuzioni.

Con ossequi e ringraziamenti.

Un gruppo di capitani.

On. Direzione del giornale Il Policlinico,
Roma.

Gli ufficiali medici di complemento o della territoriale promossi tenenti nel 1905-906 aspettano ancora la promozione a capitano, mentre in tutte le altre armi le promozioni sono state anticipate, per le attuali straordinarie circostanze. Ora è ingiusto che professionisti che hanno già passato la quarantina, debbano subìre ancora l'umiliazione del grado di tenente, specialmente nel caso di mobilitazione. Ed io faccio solo una questione morale, considerato poi che gli ufficiali medici chiamati sotto le armi continuano la propria funzione di medico, mentre nelle altre armi gli ufficiali sono chiamati ad una funzione che non trattano quando sono borghesi.

Si osserva la completa armonia e l'identità professionale fra medico militare e medico borghese mentre questa uguaglianza manca fra uf-

ficiale di complemento di fanteria, alpini, cavalleria, ecc., ed una qualsiasi altra professione, avvocato, ragioniere, benestante, ecc. Orbene accade che un ragioniere, un avvocato, ecc., viene promosso capitano fra i 38-40 anni, un medico invece viene promosso capitano dopo i 43-44 anni.

Non è questa una grande ingiustizia ed un danno morale oltre ad essere un controsenso?

Occorre un'agitazione presso il Ministero della guerra, valendosi con sollecitudine dei deputati medici, che appartengono al Fascio medico parlamentare, di cui tutti ne conosciamo l'esistenza, ma nessuno sa cosa faccia, e quali interessi difenda.

Con ossequio.

Dott. MORANDI.

Sulla obbligatorietà dell'iscrizione nell'albo dei medici assistenti in case di salute e sulla concessione della laurea ai medici stranieri.

Il III Congresso della Federazone degli Ordini dei medici su proposta del dottor B. Altichieri, presidente dell'Ordine dei medici di Porto Maurizio, ha approvato all'unanimità i due seguenti ordini del giorno:

« Il 3° Congresso degli Ordini dei Medici del Regno a togliere ogni diversa interpretazione sulla espressione generica di « esercizio della professione » indicata nell'art. 3 della Legge sugli Ordini dei sanitari per l'obbligatorietà della inscrizione nell'Albo, negando che a tale espressione possa attribuirsi il solo significato di esercizio di medico pratico coll'assistenza presso gli ammalati, afferma il principio che per « esercizio della professione » si deve intendere l'esplicazione e la messa in valore di tutti gli insegnamenti e di tutte le cognizioni apprese nelle scuole della Facoltà di Medicina per conseguire l'abilitazione all'esercizio della medicina in tutte le sue numerose branche.

In tali condizioni il Congresso afferma l'obbligatorietà d'inscrizione nell'Albo per tutti i medici direttori e medici assistenti degli Istituti o Laboratori, Sanatori, Case di cura, pubbliche o private per l'ammissione alle quali si richiede appunto la laurea di medicina e chirurgia e ciò qualunque siano le mansioni che il medico sia incaricato di disimpegnare e fa voti che le Autorità e gli Ordini nella applicazione della legge si attengano a tale giusta interpretazione ».

« Il 3° Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici aderisce, pienamente plaudendo, all'ordine del giorno della Facoltà medica di Torino del 14 luglio 1914, col quale

« rilevato il grande contrasto esistente tra le disposizioni di legge che regolano in Italia e negli altri Stati l'ammissione dei medici stranieri all'esercizio professionale;

« tenuto conto che la liberalità, sancita in proposito soltanto dalla legge italiana, viene in fondo a sminuire il prestigio del nostro insegnamento universitario; fa voti:

« che sia soppresso l'articolo 96 del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore (9 agosto 1910);

« e che in sua vece siano sanzionate delle disposizioni che assoggettino i medici stranieri aspiranti ad esercitare in Italia a tutte le prove d'esame che sono richieste dalla legge e dai regolamenti speciali per il conseguimento della laurea in medicina presso le nostre Università;

« e delibera inoltre di render presente questo suo voto all'autorità delle EE. LL. i Ministri dell'Interno e della Pubblica Istruzione, dando mandato alla Federazione degli Ordini di invitare le altre Facoltà e deliberare nel senso stesso e ad adottare per intanto tutti quei provvedimenti che la legge attuale consente onde tutta l'importanza della laurea nostra sia sentita ed apprezzata dai medici stranieri che domandano di esercitare tra di noi l'arte loro ».

Le levatrici italiane a convegno.

L'assemblea federale degli Ordini delle levatrici, tenutasi in Genova, è riuscita solenne ed imponente. Circa trenta associazioni avevan mandato le loro rappresentanti dalle varie città di Italia, e le altre avevano aderito con rispettive deleghe di fiducia.

Argomenti veramente gravi erano in discussione, e ciò spiega così la numerosa adunanza come l'intenso ed appassionato dibattito, svoltosi nelle due laboriose sedute che furono tenute. Eran presenti il consulente legale della Federazione avv. G. Gentile, il prof. De Blasi quale rappresentante il giornale scientifico e di classe « La Ginecologia Minore », il ginecologo prof. Ferrari di Alessandria.

L'argomento più grave era quello di discutere intorno ai risultati di un giudizio di arbitri emesso in Milano, che aveva infinitamente ecceduto i limiti consentitigli e dalla cui osservanza o meno dipendevano le sorti della Federazione in rispetto alla sua dignità, alla sua forza, alla sua stessa esistenza. Altro argomento di vitale importanza si riferiva al nuovo regolamento per l'esercizio della professione di levatrice.

Riassumiamo i due ordini del giorno più importanti, approvati all'unanimità:

« In seguito all'arbitrato di Milano del 5 gennaio corr.; fermate le ragioni che diedero luogo al giudizio degli arbitri, e che dovevano costituire i limiti insuperabili di lavoro e di decisione, consistenti nel desiderio comune di eliminare le divergenze con due associazioni dissidenti e di indurle a rientrare nell'organizzazione madre, si esaminano le deliberazioni prese. Si constata l'eccesso di poteri del Collegio arbitrale; si lamenta ch'esso siasi sostituito all'organismo federale, e si ritiene che una sostanziale modicazione dello statuto non possa essere ordinata senza la volontà delle socie, nè elaborata senza l'intervento di queste, che sole possono

riformarlo quando ne sentano collettivo il bisogno. Si deplora che nella costituzione del Giurì abbiano preso posto persone che dovevano invece che come giudici sedere come giudicabili, e poichè si era, con un'incredibile esagerazione del proprio mandato, addirittura bandito un congresso e si dichiaravano decadute le dirigenti da ogni carica federale, l'assemblea mentre da una parte è lieta di ritrovare nella numerosa adunanza la prova migliore della coesione e della solidità dell'organizzazione, vota un plauso alla presidentessa ed al Consiglio federale; delibera di non aderire al Congresso e di non permettere che abbia luogo se non quando la Federazione lo indirà; respinge ogni proposta di riforma dello statuto già perfezionato nel Congresso recente di Venezia, e invita il Consiglio e la stampa ad intensificare l'opera di propaganda, di elevazione, di lotta, mantenendosi vigili e pronti contro ogni tentativo di esautoramento delle forze e della dignità dell'organizzazione ».

Il 2° ordine del giorno constata con soddisfazione che l'attività del Consiglio federale estende la sua sfera d'azione nella vita e nella pratica scientifiche: denuncia le manchevolezze e le irrazionalità del nuovo regolamento, e nomina una Commissione composta dei professori Bossi di Genova, Muzio Pazzi di Bologna e Ferrari di Alessandria che in proposito studii e ricerchi i provvedimenti più urgenti.

Dopo voti augurali di florida e vigorosa esistenza alla Federazione degli Ordini delle levatrici, l'assemblea chiuse i suoi lavori.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Sottoscrizione a favore dei Medici Belgi, delle loro vedove e dei loro orfani.

Somma precedente	L.	2074.—
Sergi prof. Sergio	L.	20.—
Frezzolini dott. Francesco	»	5.—
Pennisi dott. Alessandro	»	5.—
La Torre prof. Felice	»	50.—
Totale	L.	2154.—

Il fascicolo di gennaio 1915 della nostra Sezione Chirurgica contiene i seguenti lavori:

1. PIGNATTI A. *L'emostasi negli organi parenchimatosi dell'addome a mezzo di trapianti liberi di tessuti.*
2. BEVACQUA A. *Sull'ematoma perirenale spontaneo. Per una quistione di priorità a proposito dalla patogenesi dell'emorragia.*
3. BAGGIO G. *Intorno ai così detti « tumori flogistici » dell'addome.*
4. CHIASSERINI. *L'iniezione di alcool nei gangli spinali.*

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5028) *Aspettativa - Pensione - Interinato.* — Il Dott. XXX da P. desidera conoscere se l'aspettativa richiesta a scopo di studio ritarda il tempo utile per il raggiungimento della pensione e se il periodo di interinato fatto in una condotta prima della nomina ad effettivo è calcolato nel tempo necessario per il conseguimento del diritto a pensione.

Durante l'aspettativa per ragione di studio non si percepisce stipendio. Il relativo periodo non può, pertanto, essere calcolato come utile agli effetti della pensione mancando il principale requisito voluto dalla legge, quale la percezione dello stipendio. Il periodo interinale non è computato nella liquidazione della pensione, ma, però, è tenuto in conto sol per affrettare l'acquisto del relativo diritto, nel modo che sarà indicato nel regolamento che non è ancora approvato.

(5029) *Pensioni.* — Il Dott. D. L. da S. A. avendo compiuti 22 anni di servizio quale medico condotto desidera conoscere: 1° se avendo contratto malattia in servizio e per causa di servizio, ma essendo in grado di poter continuare nelle sue occupazioni possa far constatare che la malattia è dipesa per ragioni di servizio a fine che morendo prima di aver compiuti 25 anni di servizio la vedova ed i figli minori possano godere del beneficio della pensione senza che vi sieno contestazioni di sorta; 2° a chi debba rivolgere la domanda.

La constatazione della causa della infermità che condusse a morte il sanitario deve essere fatta nell'atto che la vedova ed i figli minori chiedono la pensione di riversibilità, giacchè potrebbe ben avvenire che la morte non fosse determinata da quella malattia che si asserisce essere stata contratta in servizio, ma da altra affatto differente e distinta. Non è, pertanto consentito l'accertamento che Ella prematuramente vorrebbe che si facesse ora, che può ancora prestare utile servizio.

(5031) *Visita agli spacci di vendita di sostanze alcooliche.* — Il Dott. A. R. da C. chiede conoscere se e, nella affermativa, a carico di chi, competa all'ufficiale sanitario compenso per la visita dei locali destinati a vendita di sostanze alcooliche e se in ogni caso debba essere ricompensato delle spese che dovesse eventualmente sostenere per eseguire le visite suddette.

Nè la legge nè il regolamnto per combattere l'alcoolismo indicano compenso da corrispondersi all'ufficiale sanitario incaricato della visita igienica dei locali destinati alla vendita. Nel silenzio della legge deve ritenersi gratuita la

relativa prestazione come che fatta nello interesse generale della pubblica salute. È, però, giusto ed equo che l'ufficiale sanitario sia rivalutato dal Comune delle eventuali spese che dovesse sopportare per eseguire le visite suddette.

(5032) *Riduzione di condotta Elenco dei poveri.* — Il Dott. N. G. da F. nella supposizione che il Comune intenda ridurre la condotta piena a residenziale desidera conoscere: 1° se la G. P. A. possa negare la riduzione qualora fosse constatato che la condotta come stipendio sarebbe ridotta ai soli poveri mentre per servizio sarebbe generale; 2° se i criterî dettati dal Consiglio comunale saranno tali, come si sospetta, contro una simile deliberazione si può ricorrere al prefetto o ad altra autorità; 3° se può chiedersi risarcimento di danni alla autorità giudiziaria.

L'elenco dei poveri deve essere formato con criterî precedentemente fissati dalla Amministrazione municipale. Tali criterî sono insindacabili nel merito inquantochè si suppone che scaturiscano da speciali contingibili condizioni di luogo e di tempo. Quindi è che la Giunta non può negare la sua approvazione alla deliberata riduzione della condotta sol perchè il criterio prevalso per la formazione dello elenco è troppo lato, e ciò tanto più in quanto la formazione dello elenco segue e non precede la deliberata soppressione e, quindi, l'intervento dell'autorità tutoria. L'elenco dei poveri è un provvedimento definitivo che non ammette ricorso in linea gerarchica, ma solo in linea straordinaria al Re per motivi di legittimità e, cioè, per eccesso di potere, violazione di legge, od incompetenza. A Lei che risulterebbe danneggiato dal deliberato del Consiglio, anzichè ricorrere alla via giudiziaria, consiglieremmo di impegnare la competenza della G. P. A. per un equo aumento dello stipendio relativo al servizio dei poveri, ai sensi dello articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

(5034) *Ricchezza mobile - Indennità cavalcatura.* — Il Dott. abbonato n. 1782 chiede conoscere se anche sulla indennità per cavalcatura si debba pagare la tassa di ricchezza mobile.

La tassa di ricchezza mobile si paga su tutti gli assegni e stipendî di qualsiasi natura essi sieno ed a qualsiasi persona vengano corrisposti. Essa, quindi, è dovuta anche sull'assegno che si corrisponde al medico condotto per indennità di cavalcatura.

(5036) *Sostituzioni in servizio - Diritti e doveri.* — Il Dott. L. S. da A. desidera conoscere se un medico che abbia incaricato un collega di sostituirlo per un intero anno cedendogli i suoi diritti ed i suoi doveri, possa cedergli anche il mese di congedo.

Se avesse prestato servizio il titolare avrebbe avuto certamente il diritto al congedo. Non essendo, però, egli sul posto effettivamente, non può usufruire di alcun congedo. E se il titolare, per assenza effettiva, non può chiedere l'annuale congedo, non può cedere il relativo diritto al suo delegato e ciò pel noto principio che *nemo potest cedere jus quod non habet.* Il congedo è, infatti, accordato al medico condotto regolarmente nominato e titolare effettivo del posto. A Lei come interino non spettava il congedo e non poteva quindi, dietro compenso, sostituire sè stesso. Ad ogni modo se diritto Ella può avere al pagamento del mese di servizio, che ha prestato ritenendosi in congedo, deve rivolgersi non al Comune, che trovasi in regola, ma bensì al collega delegante, che ha creduto cederle anche il diritto al mese di congedo.

(5038) *Dimissioni - Congedo.* — Il Dott. P. C. da Pr. desidera conoscere se avendo rassegnate le dimissioni dalla carica abbia diritto al mese di congedo con relativa percezione di stipendio.

Quando il medico ha rassegnate le dimissioni e resta in carica solo in ossequio al capitolato che prescrive un determinato periodo di rispetto, non può godere del mese di congedo, perchè altrimenti verrebbe ad accorciare di fatto il termine stabilito per la presentazione delle dimissioni. Circa l'aumento di stipendio dichiariamo che esso Le compete dal giorno in cui le relative deliberazioni riportarono l'approvazione dell'autorità tutoria fino a quando è rimasto in servizio, ciò sempre quando le deliberazioni relative non portino un *dies a quo* diverso e forse anche a Lei più favorevole.

(5040) *Servizio militare - Cessazione della R. M.* — Il Dott. A. C. da M. essendo stato chiamato sotto le armi per un periodo di diversi mesi chiede conoscere se durante tale servizio possa ottenere la esenzione dal pagamento della R. M. come libero professionista.

Cessando l'esercizio libero professionale può ottenere il temporaneo esonero dal pagamento della R. M. Deve farsi consegnare dall'Agenzia delle imposte apposito modulo per denunzia di cessazione di esercizio e consegnarlo riempito e firmato all'agente.

(5041) *Ricorso contro nomina provvisoria dell'ufficiale sanitario.* — Il Dott. D. S. da N. chiede conoscere se contro il decreto del prefetto che respinge un ricorso prodotto contro la nomina provvisoria di un ufficiale sanitario sia ammesso ricorso e quale.

Il decreto prefettizio con cui si provvede alla nomina, sia pure provvisoria, dell'ufficiale sanitario, costituisce un provvedimento definitivo non impugnabile con ricorso in linea gerarchi-

ca. Non ci spieghiamo, perciò, la ragione per cui dalla autorità prefettizia fu discusso e provveduto sul proposto gravame. La nomina provvisoria sarebbe impugnabile per soli motivi di legittimità con ricorso in linea straordinaria a S. M. il Re. Alla presentazione di tale specie di ricorso osta ora il termine, che è già da tempo trascorso, ed anche l'assoluta mancanza di interesse diretto da parte del proponente.

(5043) *Visita locali di vendita di sostanze alcooliche.* — Il Dott. G. M. da B. desidera conoscere se sia gratuita od onerosa e nella affermativa a carico di chi la visita che l'ufficiale sanitario è tenuto a fare dei locali ove si compie vendita di sostanze alcooliche.

È gratuita la visita che l'ufficiale sanitario deve fare nei locali in cui si compie vendita di sostanze alcooliche e ciò perchè nè la legge nè il regolamento redatto per combattere l'alcoolismo fanno cenno di speciale compenso. Si può aver diritto al rimborso delle eventuali spese di trasporto, che il sanitario sia costretto a sostenere per compierlo.

(5044) *Ufficiale sanitario parente di farmacista.* — Al Dott. Lux rispondiamo che effettivamente il Consiglio di Stato ha sempre ribadita la incompatibilità esistente per l'ufficiale sanitario che abbia un parente farmacista. Ad ottenere l'intento della esclusione dal concorso basta che Ella faccia tenere alla Commissione giudicatrice apposito memoriale in cui si accenni alla esistente incompatibilità e si conforti l'asserto con la produzione dell'albero genealogico del candidato.

(5045) *Sdoppiamento di condotta.* — Il Dott. F. B. da S. G. I. desidera conoscere se dopo soppresso lo sdoppiamento della condotta con l'approvazione dell'autorità tutoria, la si possa nuovamente proporre, se, nella affermativa, si possono stabilire differenti compensi fra i due titolari, pur avendo identici oneri di servizio e se sia possibile assegnare ad uno solo dei due condottati il servizio degli agiati.

A brevissima distanza di tempo ed in mancanza di fatti nuovi che potessero giustificare il provvedimento, non è possibile che l'autorità tutoria approvi la nuovamente proposta estensione di condotta, tanto più che la soppressione del doppio servizio fu deliberata a seguito di inchiesta eseguita a cura di un R. commissario. Se fosse ammessa la divisione non vi sarebbe ragione per stabilire diversi compensi fra i due sanitarî che avrebbero identici oneri di servizio. Non è poi possibile che sia ad uno solo dei due condottati assegnato il servizio degli agiati, perchè detto servizio deve, invece, essere contemperato con quello dei poveri ed esercitato dai singoli condottati, ognuno nell'ambito della propria giurisdizione. Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

* CARTIGLIANO (*Vicenza*). — Condotta generalità; L. 4500 lorde più godimento gratuito di circa due campi di terreno che si valutano ad annue L. 120. Per U. S. L. 120; ab. 2235. Età lim. anni 40. Assunz. entro 15 g. Scad. 10 marzo.

CASOLA VALSENIO (*Ravenna*). — Titolare 2ª condotta. Soli poveri; L. 3300 lorde e 2 sessenni; L. 700 cavalc. Per le visite ai non poveri compenso determinato nelle apposite tariffe. Servizio entro 20 giorni. Scadenza 17 febbraio.

CASTELFIORENTINO (*Firenze*). — Condotto, cura piena; L. 3100. Scadenza 28 febbraio.

CASTEL S. PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — A tutto 23 febbr., ore 18, reparto IV; ab. 1685 di cui 87 a cura grat.; L. 3000 lorde e tre sessenni, oltre L. 600 per cav. e alloggio. Servizio entro 15 giorni.

CENGIO (*Genova*). — Medico consorziale pei poveri; L. 1500 lorde. Carica entro il 1° marzo. Oltre lo stipendio vistosi incerti.

COSENZA. *Ospedale civile.* — Direttore; L. 4000 lorde e tre quinquenni del 15 %. Età 30-50 anni. Richiedesi la libera docenza in clinica chirurgica. Documenti al presidente della Deputazione provinciale. Scadenza 60 giorni dal 2 gennaio.

CREMONA. *Spedale Ugolani Dati.* — Tre medici chirurgi assistenti biennali; L. 1500 nette, oltre L. 12 per ogni guardia notturna (circa 7 al mese) e L. 150 pel servizio di poliambulanza. Voti agli esami universitari. Eventuale conferma bienn. Scad. 20 febbr. Serv. col 1° marzo.

FELTRE (*Belluno*). — IV Reparto, poveri; a tutto 20 febbr. Ab. 4324 in 767 fam.; L. 3700 lorde di cui 500 per indenn. alloggio e 700 per indenn. trasporto; oltre L. 200 per supplenza; tre sessenni. Servizio entro 10 giorni.

FORMA DI PONZA (*Caserta*). — Condotta piena; L. 3000; indennità per disagiata residenza L. 1000. Il tutto lordo tasse. Scad. 28 febbraio.

GAMBARA (*Brescia*). — Dal 27 gennaio al 28 febbraio è aperto il concorso alla condotta libera; lorde L. 5000 (L. 4100 per n. 2600 ammessi alla assistenza medica gratuita; L. 675 per indennità di mezzo trasporto; L. 225 per U. S.); tre sessenni di L. 500 ciascuno. Ab. 3555.

LORETO (*Marche*). *Ospedale Santa Casa.* — Cercasi assistente giovane pronto ad assumere subito il servizio. Stipendio lire 200 mensili lorde di R. M.; camera; riscaldamento; prima colazione. Inviare domanda ed elenco dei titoli al direttore dell'Ospedale.

LUCCA SICULA (*Girgenti*). — 2ª condotta medica, piena; ab. 2600; lorde L. 2500. Scadenza 20 febbraio.

MANDURIA (*Lecce*). — Condotta generalità Uggiano Montefusco; pop. 1080; L. 2000. Età limite 35 anni. Assunzione entro 10 giorni. Scad. 20 febbraio.

MANTOVA. *Municipio.* — Medico supplente alle condotte ed all'Ufficio d'igiene; servizio di condotta per i poveri del forese (181); L. 2500 lorde. Docum. al Protocollo Municipale entro il 5 marzo. Accettazione entro 15 giorni.

MARSCINNO (*Perugia*). — A tutto il 18 febbraio. Due condotte; L. 3500; indennità cavalcatura L. 1000; assicurazione. Lo stipendio sarà elevato a L. 4000 dopo conseguita la stabilità.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Tre medici assistenti residenti nella succursale dell'Ospedale Maggiore in Cernusco sul Naviglio. Vedi fasc. 5. Scad. 27 febbraio. Età massima 35 anni.

MONCESTINO (*Alessandria*). — Abitanti 746. Medico generalità; L. 2600. Scad. 20 febbraio.

MONTECICCARDO (*Pesaro*). — Condotta; ab. 2011. Stip. L. 3000 pei poveri, L. 1000 pei semiabbienti, L. 700 per cav., L. 100 per U. S.; casa d'abitazione gratuita; tre sessenni; assicurazione. Scadenza 15 marzo.

NOASCA (*Torino*). — Ab. 1396. Condotta consorzio, L. 2500 pei poveri; alloggio. Scadenza 20 febbraio.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assistente effettivo; L. 1600 gravate di R. M.; stanza; L. 10 per ogni guardia (di 24 ore). Scad. ore 17 del 27 febbraio. Votazioni negli esami speciali e di laurea. Funzioni entro 10 giorni.

PONZA (*Caserta*). — Condotta piena nella borgata Forna; L. 3000 oltre L. 1000 disagiata residenza, lorde. Scadenza 28 febbraio.

POVIGLIO (*Reggio Emilia*). — Condotta II reparto in pianura; L. 3000 pei poveri; indennità cav. L. 500. Ab. 2600 di cui circa 1000 poveri. Scadenza 14 febbraio.

* POZZAGLIA SABINA (*Perugia*). — Condotta; ab. 1779 in tre centri; genralità; L. 3500 poveri, L. 200 U. S., L. 600 generalità, lorde. Servizio entro 20 giorni. Scad. 30 giorni dal 30 genn.

QUISTELLO (*Mantova*). — A tutto il 19 febbraio. Condotta per Bondanello; L. 3000 pei poveri; tre sessenni; obbligo di cavalcatura con L. 600 di indennità.

SAN BARTOLOMEO IN GALDO (*Benevento*). — 2ª condotta pei poveri; L. 1178.40 lorde. Al 25 febbraio. Carica fra 20 giorni. Chiedere l'annunzio.

S. DANIELE NEL FRIULI (*Udine*). — Medico primario del Manicomio annesso all'Ospitale civile; L. 3500 lorde, vitto ed alloggio interno. Titoli pratici e scientifici. Scad. 25 febbraio.

S. MARIA A MONTE (*Firenze*). — 2ª condotta piena; lorde L. 3500, oltre assegno per cavalcatura di L. 700. Due sessenni obbligatori e due facoltativi. Proroga al 20 febbraio.

SEGUSINO (*Treviso*). — Medico consorziale; L. 4500 lorde, L. 300 mezzo trasporto, L. 200 uff. san. Scadenza 28 febbraio.

SELINO (*Bergamo*). — Stipendio L. 1500. Domanda coi soliti documenti entro il 28 febbraio.

SEULO (*Cagliari*). — Condotta generalità; L. 3650 lorde. Scad. 17 febbraio.

SINDIA (*Cagliari*). — Condotta generalità; L. 4500 lorde. Scadenza 27 febbraio.

SPEZIA. *Ospedale « Vittorio Emanuele II ».* — Fino al 10 marzo concorso per titoli al posto di assistente di ostetricia e ginecologia; L. 2000 e due sessenni; partecipazione agli utili in ragione del 5 % sugli atti operativi agli abbienti. Chiedere copia dell'avviso all'Ufficio di segret.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Condotta residenziale della frazione di Soiana; ab. circa 2300; poveri circa 200; due quinquenni; stipendio L. 2500; indenn. cavalc. L. 750. Scadenza 28 febbraio.

VERONA. *Deputazione provinciale.* — Ostetrico assitente presso la Maternità. Docum. al Protocollo entro le 17 del 28 febbr. Pratica di microscopia clinica. L. 1450, oltre l'alloggio mobiliato e riscaldato; vitto dal Brefotrofio. Nomina annua, conferma triennale, servizio entro 20 giorni.

VIRGILIO (*Mantova*). — È prorogato a tutto il 20 febbraio il concorso pel reparto di Cerese, in pianura, capoluogo del Comune che dista da Mantova chil. 3. L. 3000, più L. 600 (per queste è riservata l'approvazione superiore) di indennità pel cavallo e vettura obbligatoria, e L. 300 di retribuzione se ufficiale sanitario. Aumenti sessennali, ab. 2500 circa, metà circa iscritti nell'elenco dei poveri.

Dottoressa in medicina e chirurgia assumerebbe buono interinato preferibilmente in qualche comune delle provincie di Napoli, Caserta, Salerno, Roma. Scrivere alla signorina Lorenza Lombardi, fermo posta, Portici (prov. di Napoli).

Medico quarantenne, lunga pratica di condotta ed ospedali, accetterebbe interinato buone condizioni, preferibilmente nell'Alta Italia. Scrivere al dott. Silvio Lovisetti, Sommacampagna, provincia di Verona.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide: Albairate (Milano), Pianello Val Tidone (Piacenza), Rapolano (Siena), Bibbona (Pisa).

Revoca di diffide: Pontida (Bergamo), S. Pietro in Volta (Venezia), Prato-Sesia (Novara).

Revoca di boicottaggio: Terra del Sole-Castrocaro (dalla Sezione Tosco-Romagnola dell'A. N. M. C.).

ROMA. *Ministero della P. I.* — Assegno di perfezionamento presso un Istituto superiore dell'estero, da conferirsi per la Facoltà di medicina e chirurgia (e per i laureati in medicina veterinaria). L'assegno è di L. 3000.

Le istanze di ammissione al concorso, scritte su carta bollata da lire 1.25, debbono essere presentate o pervenire al Ministero della istruzione pubblica (Direzione generale per la istruzione superiore) non più tardi del 31 marzo.

Nell'istanza deve essere esplicitamente dichiarato per quale disciplina il concorrente aspiri al conseguimento dell'assegno di perfezionamento. Tale disciplina può essere liberamente scelta dal candidato; ma a parità di merito sarà data la preferenza al cultore dell'oculistica (o della zootecnica).

All'istanza il concorrente deve unire le memorie originali stampate o manoscritte (possibilmente in cinque esemplari), i titoli conseguiti negli studi, il diploma di laurea o un analogo certificato ed infine un elenco (in doppio esemplare) dei titoli e dei documenti presentati.

Nell'istanza deve inoltre essere indicato con esattezza il domicilio del concorrente e l'ufficio che egli eventualmente occupi alla dipendenza del Ministero o di altra Amministrazione dello Stato.

LONDRA. *Commissione per la costruzione delle ambulanze* (Presidente: Sir Frederick Treves, Bart., G.C.V.O., C.B., F.R.C.S.). — L'Istituto Wellcome di ricerche scientifiche, Londra, in seguito a proposta del sig. Henry S. Wellcome, fondatore dell'Istituto, ha offerto la somma di L.st. 2000 (L. 50,000) [da ripartirsi in un primo premio di L.st. 1000 (L. 25,000), un secondo premio di L.st. 500 (L. 12,500), un terzo premio di L.st. 250 (L. 7500)] per i migliori disegni di carrozzerie d'ambulanza da adattarsi ad un modello-tipo di chassis. Dei premi più piccoli saranno anche assegnati per miglioramenti di minor importanza inerenti alla costruzione delle ambulanze-automobili in generale. Il concorso è aperto ai cittadini di tutte le nazioni. I premi saranno conferiti dopo il 30 giugno 1915, ultimo giorno pel ricevimento dei disegni. I dettagli completi delle condizioni alle quali i concorrenti dovranno uniformarsi, i nomi dei membri della Commissione ed altri particolari si possono ottenere dal segretario della Commissione per la costruzione delle ambulanze, 10, Henrietta Street, Cavendish Square, Londra, W., Inghilterra.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

CATANIA. — Il prof. Citelli Salvatore è nominato straordinario di clinica dermosifilopatica.

GENOVA. — Il prof. Trambusti Arnaldo, ordinario di patologia generale a Palermo, è trasferito, col suo consenso, a Genova.

MILANO. — Il dott. Arlotta Alessandro è nominato assistente volontario alla scuola di odontoiatria.

NAPOLI. — Il dott. Marcozzi Vincenzo è nominato aiuto alla prima clinica chirurgica.

PADOVA. — Il dott. Melandri Paolo è nominato assistente alla clinica oculistica.

PALERMO. — Il dott. Spataro Riccardo è autorizzato a trasferire a Palermo la libera docenza in clinica oculistica, conseguita a Sassari.

ROMA. — Sono nominati i dottori: Laurenti Temistocle e Brancati Raffaele assistenti, Baggio Gino e Giani Raffaele aiuti alla clinica chirurgica.
Il dott. Mazza Siro è nominato assistente volontario alla clinica medica.

CAIRO. — Il cav. dott. Romano Tonini, medico-capo dell'ospedale italiano Umberto I in Cairo, è stato con recente decreto, su proposta del Ministro degli esteri, nominato ufficiale della Corona d'Italia.

Nell'Amministrazione Sanitaria.

Fino alla scadenza del triennio in corso De Capraris avv. cav. Filippo è nominato membro del Consiglio provinciale di sanità di Avellino; Fontana dott. Antonio, Zoda avv. Luigi e Messana ing. cav. Benedetto sono nominati membri del Consiglio provinciale di sanità di Caltanissetta.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

LETTERE DA PARIGI.

I servizi di Sanità militare in Francia durante la guerra attuale. — Uno dei servizi più importanti per la buona riuscita di una guerra è senza dubbio quello della Sanità. Nelle grandi guerre trascorse, malgrado il numero incomparabilmente minore di combattenti, un tale servizio è stato sempre più o meno deficiente e in fondo molte maggiori perdite di quelle avute direttamente sul campo furono quelle sentite negli ospedali nei quali regnavano sovrani la cancrena gassosa e il tetano nei reparti dei feriti e il tifo esantematico e il tifo addominale nei reparti dei malati. Sovente a tali malattie si aggiungevano anche delle epidemie di peste e di colera.

Nella guerra attuale dobbiamo convenire che, malgrado il numero straordinario di armati che si trovano di fronte, malgrado la vita malsana delle trincee, malgrado le ferite prodotte dalle più svariate armi da fuoco e da taglio, la percentuale delle perdite tra i feriti e i malati è incomparabilmente minore di quelle riscontrate in altre guerre. Purtroppo il numero dei morti sul campo è invece più grande, data la potenzialità e la moltiplicità delle armi d'offesa moderne, ma per questo i servizi di sanità militare nulla possono.

Si è cercato di fare quanto si è potuto per quel che concerne l'igiene dei campi, o per meglio dire l'igiene delle trincee, giacchè in questa guerra il campo, almeno da tre mesi ad oggi, consiste in un unico fosso della lunghezza di 400 chilometri, mentre le truppe di riserva si trovano più o meno accantonate nei villaggi dietro il fronte.

Contro il tifo addominale e le altre malattie intestinali si è provveduto facendo bollire l'acqua dove era possibile e sopratutto cercando di stabilire le latrine da campo in punti ove la probabilità di inquinamento delle acque del sottosuolo fosse minima.

Grave compito certo questo delle acque potabili in guerra. I mezzi per le ricerche batteriologiche sono sovente di applicazione impossibile e non c'è che da ricorrere all'ebollizione, quando si può. Le truppe inglesi fanno largo uso di the, e un'ingegnosa disposizione ideata dal prof. Bordas, già descritta in altra mia lettera, permetterebbe una distribuzione di tale bevanda in grande anche per le truppe francesi, ma anzitutto essa non riesce sempre gradita ai palati latini e inoltre le necessità tattiche rendono sovente inapplicabile ogni più ingegnoso dispositivo di distribuzione. Si può ricorrere

alla sterilizzazione delle acque sospette con aggiunta di permanganato potassico o di ipoclorito di calce a una dose infinitesima che non è nociva per la salute, come è dimostrato dai molti impianti permanenti che esistono a questo scopo in America e che si dimostrano efficaci e come fu anche provato durante la recente epidemia colerica di Marsiglia in cui si ottenne di poter giugulare l'epidemia ricorrendo a un dispositivo provvisorio fatto funzionare il giorno stesso della scoperta dei vibrioni colerici nelle acque della città. Tuttavia il dosaggio accurato dell'ipoclorito non sempre si può fare perchè non sempre i medici militari possono esercitare direttamente il loro controllo su grandi serbatoi d'acqua destinati alle truppe, mentre il più delle volte essa è presa qua e là per i bisogni di ogni singolo reparto.

L'impossibilità quindi di poter avere un'acqua assolutamente pura fa sì che il tifo addominale mieta vittime in ogni esercito in campagna e quindi anche in questa guerra. Tuttavia sarebbe esagerato di dire che esso sia uno dei principali fattori di mortalità nell'esercito francese. Malgrado la poca sicurezza delle acque potabili, malgrado le occasioni frequenti di contaminazione per contatto, non crediamo di andare errati calcolando una mortalità non superiore a qualche unità per mille, dall'inizio della campagna ad oggi.

A diminuire validamente la potenza nociva del tifo concorre certamente un altro fattore costituito dalle vaccinazioni antitifiche. Di recente nell'esercito francese era stata resa obbligatoria la vaccinazione, ma è naturale che nell'esercito mobilitato, il servizio non si è potuto rendere così completo come in tempo di pace e certo, malgrado l'obbligatorietà della misura, molti individui non hanno potuto esservi sottoposti.

Ma anche in questa applicazione non del tutto completa si sono potuti vedere i benefici effetti che da essa si traggono. La mitezza delle reazioni in seguito all'iniezione del vaccino, l'estrema rarità della sopravvenienza di accidenti gravi, il beneficio incontestabile di una misura preventiva che vanta oramai quindici anni di successo, non debbono fare indugiarne la diffusione in ogni esercito, a più forte ragione in un esercito combattente o che si prepari al cimento. Per quel che concerne il nostro esercito il pubblico medico italiano conosce con quanto zelo le superiori autorità sanitarie dell'Esercito e della Marina si siano adoperate per diffondere l'impiego delle vaccinazioni antitifiche, specialmente nei nostri reparti combattenti in Libia.

Il generale Ferrero, ispettore capo di Sanità militare, ne ha validamente propugnata l'applicazione e mostrato i benefici effetti durante il Congresso di Londra e in recenti scritti, ma questa opera di propaganda attende ancora il suffragio supremo che solo può darle la sanzione legislativa rendendola obbligatoria per tutto l'Esercito e la Marina (1).

Dobbiamo notare che anche in questa guerra come nelle altre, il tifo esantematico ha fatto qua e là la sua apparizione fra le truppe combattenti, ma nell'insieme si può affermare che in nessun luogo ha assunto un carattere epidemico.

Le recenti scoperte dovute al Nicolle e ai suoi collaboratori a Tunisi, e ad Anderson, Gobelberger e Wilder in America, hanno gettato molta luce sull'epidemiologia, un tempo così oscura, di questo morbo ed ora si sa che il virus è succhiato col sangue dell'individuo malato, e trasmesso all'uomo sano, da un parassita speciale, il pidocchio del corpo.

La vita delle trincee, ove talvolta riesce difficile cambiare di biancheria per mesi e mesi, ove le abitudini di pulizia sono messe da parte, ove gli uomini per necessità lasciano crescere la barba in modo disordinato, tanto che essi stessi si dànno un nomignolo che ben li caratterizza: *les poilus* (i pelosi), sono tutte condizioni che favoriscono grandemente lo sviluppo del parassita e il suo passaggio dagli individui infestati a quelli che ne sono ancora immuni.

Per ovviare a questo inconveniente si è cercato di provvedere, ove fosse possibile, alla pulizia degli uomini mediante bagni completi e alla disinfezione della biancheria e degli abiti. Dove non era possibile una tale disinfezione, gli abiti furono bruciati e si provvide a sostituirli. Quando non fu possibile bruciarli si cercò di farli lavare, e almeno di stirarli con un ferro caldo in modo da uccidere i parassiti e le uova che si annidano volentieri nelle cuciture. Tutto ciò è stato sempre naturalmente subordinato alle esigenze della guerra, ciò che equivale a dire che le misure non raggiunsero completamente lo scopo; tuttavia qualche cosa si è fatto e se ne sono visti i frutti, perchè dopo cinque mesi e mezzo di guerra l'infezione è stata contenuta entro i più giusti limiti, che non fanno ricordare nemmeno lontanamente le stragi che hanno reso tristamente famosa per gli igienisti la guerra di Crimea.

Il colera non ha fatto fortunatamente la sua apparizione tra le truppe in campagna. In principio ci fu chi temette che le truppe indiane potessero trasportarlo dai luoghi ove esso regna endemico e dove miete annualmente tante vittime. Ma il Governo inglese, preoccupato appunto di

(1) Cfr. notizia a pag. 217.

ciò, ha scelto le truppe destinate a combattere in Francia negli altipiani prossimi alla catena di montagne dell'Imalaia; non soltanto per avere delle truppe che fossero abituate a dei climi abbastanza freddi, ma anche perchè in quei territori il colera non regna allo stato endemico. Di più tali truppe sono state oggetto di rigorose osservazioni prima dell'imbarco e durante la traversata. Se anche ci fosse tra quegli individui qualche portatore ignorato di vibrioni, dato che esso abbia potuto rimanere tale per cinque mesi, ciò che non sarebbe d'accordo coi dati scientifici attuali, il pericolo da lui offerto non sarebbe maggiore di quello che può provenire dall'epidemia attualmente esistente [illegible] territorio dell'Impero austro-ungarico e che lo scambio eventuale dei prigionieri può rendere più pericolosa di quanto si creda.

Per quel che concerne l'evacuazione dei feriti e la loro cura, i servizi sanitari militari hanno fatto quanto hanno potuto, ma bisogna convenire che il numero dei feriti è stato in questa guerra tanto grande quanto in nessun'altra guerra conosciuta. A fine dicembre si calcolava ufficialmente che gli ospedali avessero curati 500,000 feriti dal 15 settembre. Ma la cifra dei feriti curati dal 2 agosto al 15 settembre non è stata comunicata. Così pure non si è saputo quanti feriti gravi siano stati curati dalle ambulanze da campo.

Un così grande numero di feriti ha congestionato un po' naturalmente i servizi di evacuazione e in qualche luogo se ne è constatata un abbondanza forse eccessiva con relativo ingombro e difficoltà di assistenza e di cura. Il tetano ha mietuto molte vittime specialmente a causa delle ferite da shrapnel, da bombe a mano, da pallottole di piombo, da granate. In un primo tempo le riserve di siero antitetanico sono diventate impari alle richieste, ed è appunto allora che sono risultati i vantaggi della cura Baccelli. Ma l'Istituto Pasteur si è messo immediatamente a fabbricare le quantità di siero necessarie ed in breve ogni richiesta è stata potuta soddisfare sufficientemente. Del funzionamento di questo importante servizio di preparazione del siero antitetanico, parlerò, del resto, in modo diffuso, in una mia prossima corrispondenza.

Alla Camera dei deputati francese esiste una Commissione di igiene, costituita da una sessantina di membri, medici. Era parso a questa Commissione che essa avrebbe potuto rendere dei buoni servigi cercando di dividersi in Sottocommissioni per visitare le varie istituzioni sanitarie militari poste nel territorio della Repubblica e nella zona delle armi e suggerire l'applicazione di varî provvedimenti giudicati necessari. Ma una richiesta indirizzata al ministro della guerra non pare abbia avuto favorevole accoglienza presso il Comando in capo dell'Esercito, sembrando forse che in un momento in cui la salute della Patria è affidata alle armi questa ingerenza del potere legislativo avrebbe potuto in parte intralciare il buon andamento dell'ingranaggio militare. Tuttavia il Governo ha creduto necessario di dover prendere delle misure e ha fatto conoscere in una recente circolare che « l'organizzazione e il funzionamento del servizio di Sanità, al quale incombe l'importante e delicata missione di curare i feriti, è una delle questioni che non hanno cessato dal trattenere l'attenzione del ministro della guerra, preoccupato di portare il più pronto e il più sicuro rimedio ai difetti che dovevano fatalmente porsi in evidenza in un servizio così complesso ».

Malgrado le cure e il sentimento illuminato dei bisogni, secondo i quali erano state prese le disposizioni relative al funzionamento del servizio di Sanità, il ministro riconosce che le condizioni attuali e l'esperienza hanno fatto sorgere delle nuove necessità e l'opportunità di modificare le previsioni primitive e perfezionarne l'organismo. A questo scopo, il ministro ha deciso di creare una Commissione speciale al fine di cercare o di completare i miglioramenti e i perfezionamenti da portare al servizio sanitario tanto sul territorio nazionale che sulla fronte dell'esercito.

Questa Commissione è posta sotto la presidenza del senatore Freycinet, già presidente del Consiglio, attualmente presidente della Commissione dell'esercito al Senato, e consta di 18 membri, di cui 2 vice-presidenti, Léon Bourgeois e Barthou, comprendente delle personalità come Landouzy, Labbé, Roux, direttore dell'Istituto Pasteur, Vaillard e anche il presidente della Commissione di igiene della Camera dei deputati, dott. Lachaud.

La nomina di questa Commissione è stata, come tutte le cose umane, approvata dagli uni, criticata dagli altri. Ma bisogna convenire che i primi sono i più e i secondi i meno. Per giudicare della importanza e del valore delle decisioni che sarà per prendere e del progresso che potrà indurre nell'ingranaggio sanitario militare, bisognerà attenderla all'opera. E io cercherò di tenere informati i lettori del *Policlinico* dei suoi lavori.

Parigi, 15 gennaio 1915.

Dottor GOD.

NOTIZIE DIVERSE.

Disposizioni per la sanità pubblica.

Si è adunata a Montecitorio la commissione parlamentare per l'esame del progetto di legge: « Disposizioni varie sulla sanità pubblica ».

Erano presenti gli on. Santoliquido, presidente; Camera, Pietravalle, Zegretti, Maffi, Molina e Sandrini, segretario. Avevano giustificato la loro assenza gli on. Patrizi e Rattone.

Dopo lunga discussione, i commissari furono concordi nell'approvare in massima il progetto di legge.

Fra le varie disposizioni in esso contenute è notevole quella relativa alla creazione dell'Istituto vaccinogeno per la produzione di vaccini e sieri che siano ritenuti necessarî nella lotta contro le malattie infettive.

Su tale argomento la commissione constatò che la creazione dell'Istituto vaccinogeno non costituisce nè può costituire un monopolio, dovendo esso servire soltanto a compiere l'obbligo che ha il governo di tenere a disposizione del pubblico prodotti sicuramente genuini ed efficaci.

Altro oggetto di discussione fu quello relativo alle acque minerali, il cui commercio viene disciplinato e ne sono utilizzate le sorgenti con speciali autorizzazioni governative nell'interesse supremo della salute pubblica.

Esaurita la discussione generale, fu nominato relatore l'on. Camera, il quale riferirà alla commissione nella prossima adunanza.

Scuola chirurgica Lombarda di perfezionamento.

Col 10 marzo si riapriranno presso la R. Università di Pavia, per l'XI anno, i corsi della Scuola chirurgica lombarda di perfezionamento.

Della Scuola fanno parte la Clinica chirurgica operativa, l'Istituto di patologia chirurgica dimostrativa e tutta la divisione ospitaliera (in tutto 160 letti).

Chi intende inscriversi, deve presentare, entro il mese di febbraio, domanda al direttore della Scuola, prof. I. Tausini; sarà poi ammesso ai corsi, presentando la quietanza del pagamento di L. 50, da farsi all'Economo dell'Università.

Corsi di traumatologia e servizi sanitari di guerra per i laureandi in medicina.

Il ministro dell'istruzione ha invitato i rettori delle Università a disporre perchè ai laureandi in medicina siano impartiti rapidi corsi delle discipline che più direttamente interessano il medico militare in campo: traumatologia e servizi sanitari in corso, per dar modo così al Governo di utilizzare questi laureandi nella eventualità d'una sospensione delle concessioni del ritardo nel servizio militare.

Nella sua circolare il ministro informa poi che presso gli ospedali militari nelle sedi universitarie è istituito, a cura del Ministero della guerra, un corso festivo di sommaria istruzione per il servizio sanitario e per il materiale sanitario di guerra, al quale gli studenti del sesto anno di medicina saranno invitati ad inscriversi.

Un eroe del dovere.

È morto a Londra uno dei più eminenti chirurghi dei nostri tempi, il dott. C. B. Lockwood, di una setticemia contratta nell'operare una peritonite appendicolare.

Il chirurgo affrettava l'intervento, perchè il paziente era in condizioni gravi. Egli si ferì un dito mentre passava gli ultimi punti di sutura. Ammalò la stessa notte e morì cinque settimane dopo. Sono ben noti i suoi studi sulla chirurgia asettica, le ernie, il varicocele, il cancro del seno; il suo libro sull'appendicite è la migliore esposizione che si possegga in inglese su questo soggetto. Ironia del fato: pochi anni or sono egli leggeva ad una Società medica una comunicazione insolita, « sui pericoli dell'operatore »!

È morto a Berlino il prof. **Robert von Olshausen**, decano di quella Facoltà medica. Aveva diretto le Cliniche ginecologiche di Halle e di Berlino. Occupava uno dei posti più eminenti nel campo della specialità. Aveva lasciato da qualche anno l'insegnamento effettivo. Ha educato moltissimi allievi di valore.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. Pozzi, *resp.*

Anno XXII. Roma, 21 febbraio 1915 Fasc. 8

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RAMMENTIAMO

che per aver diritto al nostro premio ordinario pel 1915

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

il quale sarà infallantemente pronto entro il prossimo marzo, occorre aver pagato l'importo d'abbonamento *prima del 28 corrente mese.* (*)

Ricordiamo pure che le Cartoline-vaglia debbono essere sempre indirizzate nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46, Roma.

* *N. B.* Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.

L'AMMINISTRAZIONE.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

Ritenzione vescicale completa da calcolosi prostatica occulta — Ascesso consecutivo della prostata: svuotamento, guarigione

per il prof. IGNAZIO SCALONE
pareggiato di pat. chir. nella R. Università di Napoli.

Molte volte accade nella praticachirurgica, di fronte ad ammalati con ritenzione d'urina nei quali risultano negativi l'esame clinico e fisico, di riportare l'etiologia dell'affezione ai soliti disturbi nervosi di sensibilità e di motilità della vescica. Quando nessun fatto nuovo interviene a rischiarare la patogenesi vera del disturbo questo resta per noi come un disturbo funzionale la cui scomparsa è appoggiata ad una delle tante risoluzioni spontanee di stati nevropatici locali e generali. Raramente andiamo alla idea di una calcolosi della prostata perchè la sintomatologia di questa non è sempre uguale e spesso la lesione sfugge al controllo dell'esame manuale.

Infatti, i calcoli piccoli della prostata possono rimanere a lungo o per sempre senza produrre disturbi e si sa che ordinariamente nella prostata hanno luogo calcoli piccoli: sono piccolissimi sopratutto i *calcoli di concrezioni azotate* studiati dal Mercier, Quekette, Stilling, Launois, Robin, Sequire; essi al contrario sono numerosissimi: in un caso Thomson ne trovò più di mille, Delefosse ne vide espellere in più volte circa duecento ed in un caso del Bonneau esiste

va una vera litiasi prostatica colla espulsione continua di grosse concrezioni in gran quantità.

Alquanto più grossi sono i *calcoli di fosfati di calce* che hanno come nucleo i precedenti; più rari quelli di *carbonati* e di *ossalati:* Malteste ne riporta uno della grandezza di un uovo di pollo e Ferreri del peso di 102 gr.; sono casi eccezionali di fronte ai casi ordinari nei quali i calcoli raggiungono il volume di un grano di orzo o poco più, di forma ed a superficie ora liscia e levigata ora rugosa come i calcoli moriformi.

La sintomatologia dei calcoli prostatici dipende da tre condizioni: dal loro volume, dalla loro sporgenza nell'uretra, dal loro rapporto col tessuto glandolare. Un calcolo voluminoso, anche che non richiami l'attenzione dell'ammalato per un disturbo locale, non sfugge allo esame manuale della prostata praticato specialmente in modo combinato dalla via rettale sulla guida di una sonda introdotta nell'uretra; calcoli piccoli e numerosi sono ugualmente apprezzabili colla stessa tecnica, si rilevi o non quella crepitazione che gli autori hanno ammesso come uno dei migliori sintomi della calcolosi prostatica.

I calcoli sporgenti nell'uretra, anche di piccolo volume, sono quelli che dànno luogo ai più spiccati disturbi funzionali: dolori, disuria, ematuria, ritenzione, difficoltà nella eiaculazione, priapismo, ecc.; l'introduzione del catetere ne rileva la presenza e fa certa la diagnosi.

Più difficili ad essere rilevati sono quelli che, pur arrivando ad un modico volume, restano nell'interno del tessuto glandolare nel quale provocano o una reazione sclerotica molto limitata o un focolaio cistico ugualmente limitato come nel caso di Planty-Maurion. All'esame rettale la prostata non mostra alterazioni di sorta, negativo resta l'esame uretrale col catetere; tali calcoli, ordinariamente non dànno disturbi d'importanza se non quando crescono di volume o migrano verso l'uretra.

Essi formano per noi i casi di *calcolosi prostatica occulta,* nel senso che non è possibile fare la diagnosi colle esplorazioni manuali e fisiche e per conseguenza i disturbi da essa prodotti sotto attribuiti frequentemente ad altre cause a meno che, ripeto, non intervengano altre circostanze a riportarci sulla giusta interpretazione patogenetica.

***

L'illustrazione del presente caso personale servirà indubbiamente a richiamare l'attenzione su tale affezione allorquando ci troviamo di fronte a disturbi urinari dei quali non rileviamo la causa con tutti i soccorsi delle nostre ricerche cliniche.

(2)

L'ammalato mi fu inviato dall'egregio collega S. Cocuzza il quale l'aveva precedentemente tenuto in osservazione fin dallo inizio.

F... P..., di anni 58 da Francofonte (Siracusa); contadino; ammogliato con figli. Nulla dal lato ereditario e nei collaterali. Nessuna affezione importante nell'anamnesi remota, nessun contagio venereo-sifilitico; non ha sofferto restringimento uretrale nè ha avuto disturbi riferibili a calcolosi delle vie urinarie; breve, l'ammalato è stato sempre bene.

Verso il 17-18 luglio di quest'anno incominciò senza causa alcuna, a notare una certa difficoltà nell'urinazione: da principio ebbe urinazione stentata, quasi a gocce accompagnata da modico bruciore all'asta; incompleto lo svuotamento della vescica ed un bisogno d'urinare più volte dell'ordinario. Qualche giorno dopo l'inizio di tale disturbo, dovette fare un lungo viaggio sul carro; alla fine di esso la urinazione non fu più possibile; accadde una ritenzione completa per cui stette per più di 36 ore senza emettere una goccia d'urina.

Potè urinare col cateterismo praticato da un sanitario. D'allora in poi la ritenzione completa fu persistente tanto che, non potendo vincere l'ostacolo assoluto allo svuotamento della vescica, l'ammalato finì coll'abituarsi al cateterismo da sè stesso.

Egli aveva regolarmente lo stimolo all'urinazione quando la vescica era piena ed arrivava ad emettere coi primi sforzi appena appena qualche goccia, dopo più nulla malgrado tutti i tentativi e sentiva indispensabile la introduzione del catetere. Nessun dolore, nessun peso all'ano, lieve bruciore lungo l'asta; nessun altro disturbo locale e generale. L'ammalato sopporta a lungo la vescica piena e la impossibilità di svuotarla non è accompagnata da alcun fastidio.

Vedo la prima volta l'ammalato in agosto, dopo più d'un mese dall'inizio della affezione, durante il quale tempo essa non si era affatto modificata.

Esame clinico. — Trovo un uomo di costituzione asciutta, molto denutrito, di colorito pallido, di conformazione scheletrica regolarmente sviluppata; assenza di ingorghi ghiandolari, di edemi e di diatesi morbose speciali. Organi toracici ed addominali sani. Temperatura normale.

Non rilevo alcuna alterazione all'esame dalla regione soprapubica; organi genitali bene sviluppati; nulla all'esame esterno del condotto uretrale: introdotto un catetere metallico n. 16 (filiera francese) non trovo alcun ostacolo fino alla vescica; il canale uretrale è ampio e dilatabile, la vescica è piena di urina la quale fuoriesce nella quantità di circa 200 cmc.: il sondaggio accurato della sua cavità non rileva la presenza di calcoli: in corrispondenza del segmento laterale sinistro prostatico, il becco del catetere urta contro una piccola salienza che scavalca facilmente a guisa di piccolo gradino: minima la quantità di urina residua nel bassofondo.

Col riscontro rettale la prostata non è affatto ingrossata nè dolente; nessuna modificazione fra i due lobi.

Negativo l'esame del sistema nervoso cerebrospinale.

Prescrissi all'infermo l'applicazione di impacchi caldo-umidi al perineo; enteroclisi retta-

li; granuli di stricnina internamente ed il sovrariempimento della vescica per mezzo del catetere, cercando di stimolare la musculatura della vescica. Quest'ultimo provvedimento corrispose, più degli altri, in quanto che l'infermo per un paio di giorni potè svuotare la vescica da solo appena tolto il catetere col quale aveva riempito il serbatoio e qualche volta l'urinazione si effettua nelle condizioni normali senza ricorrere nemmeno al riempimento artificiale. Dopo un paio di giorni le condizioni ritornarono allo stato di prima: la ritenzione divenne assoluta come nei primi giorni della affezione ed il cateterismo fu indispensabile per svuotare la vescica da 5 a 6 volte nelle 24 ore.

Nelle osservazioni consecutive ripetute in modo completo, come la prima volta, non trovo nella di nuovo e, di fronte alla persistenza del disturbo, vado convincendomi di una possibile origine nervosa centrale organica o funzionale del disturbo medesimo.

Rivedo l'infermo nella prima quindicina di settembre; egli viene a farsi osservare perchè alla incontinenza assoluta si è associato un molesto senso di peso all'ano: non accusa altro disturbo nè temperatura febbrile.

All'esame clinico noto: condizioni generali alquanto più depresse; al dermotatto si sente che la temperatura è superiore a quella normale; la applicazione del termometro fatta seduta stante rileva 39°-8 al cavo ascellare.

Introdotto il catetere nell'uretra, si penetra agevolmente fino all'uretra prostatica: quivi si percepisce una superficie ruvida di concrezione calcarea lungo la superficie inferiore; dopo un leggiero ostacolo il becco del catetere penetra in vescica e non per questo cessa la sensazione suddetta data dalla persistenza della concrezione medesima fissa nella sezione prostatica dell'uretra.

Coll'esplorazione rettale noto il lobo sinistro della prostata del volume di una piccola noce, a superficie regolare e liscia, di consistenza molle chiaramente fluttuante e sede di forte dolore; nessuna modificazione a carico di tutto il resto della glandola.

Diagnosticata una suppurazione locale, propongo l'intervento, senonchè il giorno dopo a questa ultima constatazione, qualche ora prima dell'operazione, l'infermo constatò la fuoruscita dall'uretra di una grandissima quantità di pus giallo cremoso nel mentre andava scomparendo quel senso di peso all'ano e di tenesmo. Data la rottura spontanea dell'ascesso nel meato uretrale, completo lo svuotamento mercè una forte pressione sulla glandola dalla via rettale: la fuoruscita del pus durò copiosa durante tale manovra la quale cessò quando non si ebbe più materiale purulento e la sacca ascessuale era scomparsa. Completo con un'abbondante irrigazione della vescica e dell'uretra con soluzione di sublimato all'1:8000.

L'infermo non sa dire se col primo getto di pus dal meato urinario ci fosse stata l'espulsione di qualche piccolo calcolo nè potei constatarla personalmente nelle manovre consecutive.

Nei giorni consecutivi l'ammalato non ebbe complicanze; la temperatura febbrile cessò ed il medico curante, collega Cocuzza, continuò la cura circoscritta ai semplici lavaggi vescicali ed uretrali.

Nella notte seguente allo svuotamento dell'ascesso prostatico, la urinazione si compì senza bisogno del cateterismo quantunque molestata da un pò di bruciore lungo l'uretra: *il disturbo cessò completamente* senza alcun incidente: le urine torbide dei primi giorni susseguenti allo svuotamento dell'ascesso, ritornarono a poco a poco limpide.

Rivedo l'infermo per un nuovo esame il 20 di settembre e noto: costituzione generale ancora molto povera; temperatura normale; col catetere l'uretra si conserva ampia, non dolente per tutto il suo tragitto; nulla di anormale nella sezione prostatica, non si nota presenza di calcolo nemmeno nella cavità vescicale. Al riscontro rettale la prostata si conserva piccola ed il lobo sinistro, sede della pregressa suppurazione, ha il volume e la conformazione di quello di destra.

Assicura l'infermo che l'urinazione è normale come prima dell'attuale infermità.

Alla descrizione del caso clinico non posso fare seguire che poche considerazioni riguardanti sopratutto il meccanismo d'azione della calcolosi occulta della prostata sui disturbi della urinazione e specialmente sulla produzione della ritenzione vescicale.

Non mi fermo a discutere se nel mio caso personale si fosse trattato di un calcolo d'origine autoctona o d'origine extraprostatica.

Tutto fa credere all'origine autoctona giacchè l'anamnesi remota è muta riguardo a tutte le condizioni predisponenti od occasionali necessarie a che un calcolo d'origine vescicale o renale venga a penetrare nel parenchima della prostata (soluzioni di continuo dell'uretra prostatica, ulcerazioni a monte di restringimenti, seni fistolosi consecutivi ad ascessi, lacerazioni prodotte dagli stessi calcoli, false strade per cateterismo malfatto, pregresse lesioni della prostata con ectasia dei condotti e dei fondi glandolari, ecc.). Anche ammessa un'origine extraprostatica del calcolo, proveniente dalla parte alta dell'apparecchio urinario, esso è stato indubbiamente custodito nel parenchima prostatico giacchè i cateterismi ripetuti e tutte le altre manovre esplorative non ne hanno rilevato la presenza; se non un *calcolo endogeno,* secondo la espressione di Rochet e Moutot nel nostro caso si è avuto quindi un *calcolo endoglandolare* secondo la espressione del Falcone.

La presenza del calcolo è stata constatata soltanto in seguito alla sua progressione e sporgenza nel lume uretrale, favorita forse dal processo suppurativo indovatosi consecutivamente nel lobo corrispondente della prostata: il disturbo urinario è stato mantenuto quindi senza che il calcolo abbia potuto menomamente influire sulla canalizzazione dell'urina come agente meccanico di ostruzione del lume uretrale.

Nel nostro infermo il colpo finale alla costituzione definitiva ed assoluta della ritenzione vescicale fu dato da una lunga gita sul carro, da un trauma quindi il quale ha agito, se non vio

lentemente, con persistenza ed a lungo sulla regione perineale: esso ha agito probabilmente dislocando il calcolo dalla sua sede endoglandolare, dalla sua nicchia dove giaceva chi sa da quanto tempo allo stato occulto, per trasportarlo ed avvicinarlo sempre più verso la superficie della mucosa uretrale.

L'importanza dei fattori traumatici va quindi rilevata per la estrinsecazione di una calcolosi prostatica occulta come nella estrinsecazione di calcoli renali, vescicali e di altri organi.

L'intendimento del meccanismo col quale un calcolo prostatico a sede occulta possa produrre la ritenzione assoluta d'urina ha per fondamento l'intendimento dell'importanza della sezione prostatica del canale uretrale nel meccanismo di apertura e chiusura del canale medesimo e quindi nel meccanismo della urinazione.

L'uretra prostatica è circondata dalla sua origine per l'altezza di 7-8 mm. da fibre muscolari lisce disposte circolarmente le quali sono la continuazione dello strato, circolare della vescica e formanti lo *sfintere interno* o *sfintere liscio* o *sfintere uretro-vescicale:* ad esso si attaccano poche fibre lungitudinali che provengono dallo strato esterno omologo della vescica: la glandola prostatica attaccata a questa sezione della uretra, ha intime connessioni collo sfintere suddetto determinate per mezzo della musculatura intrinseca dello stroma glandolare e per mezzo dei condotti escretori: lo studio delle sezioni trasverse di tutto l'apparato uretro-prostatico chiarisce in modo sorprendente tali connessioni. Sono così intime le connessioni fra lo stroma muscolare della prostata e lo sfintere interno dell'uretra che alcuni autori descrivono quest'ultimo come facente parte della muscolatura liscia della glandola. L'Albarran dice che nella prostata si possono distinguere tre ordini di fibre muscolari lisce: due strati periuretrali e delle fibre sparse intraglandolari. Attorno all'uretra si distinguono delle fibre longitudinali poco sviluppate e *delle fibre circolari che formano un anello incompleto disposto a ferro di cavallo aperto in avanti; queste fibre circolari continuano nella porzione prostatica del canale lo sfintere liscio dell'uretra.*

Le connessioni determinate per mezzo dei condotti escretori dipendono sopratutto dal fatto che questi attraversano le fibre muscolari per andare a sboccare nell'uretra.

L'uretra prostatica è circondata esternamente da un secondo strato di fibre muscolari striate le quali costituiscono *lo sfintere striato, lo sfintere esterno dell'uretra* o *sfintere uro-genitale* Questo muscolo che circonda intieramente e completamente l'uretra prostatica in tutta la sua estensione nel feto e nel neonato, diviene sempre più insufficiente nell'adulto collo sviluppo progressivo della prostata e siccome la prostata aumenta di volume dal basso in alto così lo sfintere striato diventa sempre più insufficiente nella stessa direzione e finisce in alto per non ricoprire che la parte anteriore della glandola.

Accanto alle connessioni muscolari bisogna ricordare le connessioni nervose sensitive e motrici: la prostata è un organo molto ricco di nervi e contiene numerose cellule ganglionali ed organi terminali; le prime studiate e descritte da Reimot e più recentemente da E. Luna, i secondi sarebbero molto simili ai *corpuscoli di Vater-Pacini.* diramati fin nello stroma e nelle glandole e descritti da Timofew. Secondo Zeissl, come nella prostata, si trovano numerosi gangli anche nella vescica i quali si debbono considerare come altrettanti centri importanti per la chiusura della vescica e per la minzione: egli potè vedere che i cani, ai quali furono tagliati tutti i nervi che vanno alla vescica, potevano urinare e ritenere l'urina.

Lo stesso autore, in seguito alle ricerche personali, viene alla conclusione che i nervi ipogastrici contengono fibre motrici per lo sfintere e fibre inibitrici per il detrusore; i nervi erettori che vengono dal plesso sacrale contengono fibre motrici per il detrusore e fibre inibitrici per lo sfintere; il Budge ritiene che i nervi ipogastrici avrebbero funzione sensitiva mentre le fibre motrici verrebbero dai nervi sacrali avendosi così per questi due nervi la *legge della innervazione crociata.*

Da tutto ciò emerge che la prostata non costituisce solamente una glandola ma un apparecchio molto importante e complesso, connesso intimamente alla funzione della urinazione.

La maggior parte degli autori attribuisce allo sfintere interno la funzione di chiusura della vescica: ultimamente l'Haberern sostenne al Primo Congresso Internazionale di Urologia che la chiusura è data dallo sfintere interno mentre l'esterno è connesso specialmente alla eiaculazione ed a coadiuvare il primo: però nei prostatectomizzati, specialmente per via transvescicale, nei quali c'è la distruzione dello sfintere interno la apertura e chiusura della vescica si compiono normalmente, ciò che dimostra l'importanza funzionale dello sfintere esterno quantunque quest'ultimo non presieda esclusivamente al sudetto meccanismo; Axel Lendorf (*Archiv für klinische Chirurgie*, aprile 1912) in seguito alla prostatectomia ha visto col cistoscopio retrogrado di Schlagintweit che solo lo sfintere esterno presiede alla apertura e chiusura della vescica pur non negando la importanza dello sfintere interno nelle condizioni fisiologiche ed anche in quelle patologiche dove per-

sistano inalterati i due sistemi muscolari. Secondo il Versari lo stimolo alla contrazione dello sfintere interno partirebbe dallo sfintere esterno o volontario di guisa che la contrazione volontaria delle fibre lisce sarebbe provocata dalla contrazione delle fibre muscolari striate; l'illustre anatomico addiviene al concetto della intima connessione nella prostata fra musculatura liscia e striata ciò che, secondo Rüdinger, Disselhorst, Born, renderebbe possibili le contrazioni riflesse e quelle volontarie così come si verifica alla faringe nella zona di passaggio all'esofago.

Rileviamo infine l'importanza del segmento prostatico dell'uretra nella determinazione dello stimolo alla urinazione.

Quando la vescica è piena la contrazione del detrusore è determinata dalla sovradistensione della fibra muscolare e quindi dall'accumulo del liquido endovescicale: la percezione dello stimolo ha sede però nell'uretra prostatica dove pare che arrivi l'urina pur mantenendosi la chiusura della vescica e prima che avvenga la urinazione. Dalle esperienze di Finger, confermate dal Rehfisch, risulta che quando la vescica è piena l'uretra diventa più corta di 2 o 3 cm. secondo il primo, di 1 a 1 1/2 cm per il secondo ciò che dimostrerebbe che lo sfintere interno è dilatato e che la chiusura della vescica è fatta solamente dallo sfintere esterno e dal compressore dell'uretra. L'arrivo di qualche goccia d'urina nella sezione prostatica dell'uretra spiega l'insorgere del bisogno d'urinare che noi tratteniamo mercè la contrazione volontaria dello sfintere esterno e dei muscoli ausiliari.

Allorquando noi vogliamo provocare volontariamente la urinazione ricorriamo ad un duplice meccanismo: alla contrazione della parete addominale che pigli il posto della contrazione del detrusore, ma sopratutto al rilasciamento dello sfintere esterno che per via riflessa provoca il rilasciamento dello sfintere interno: aperto il collo della vescica le prime gocce d'urina arrivano nell'uretra prostatica e lo stimolo è avvertito come nella urinazione fisiologica. Questo stimolo si ha a vescica vuota, nei processi infiammatori della porzione prostatica dell'uretra e basta a provocarlo qualunque applicazione di sostanza irritante come, per esempio, in seguito alle istillazioni d'argento, all'applicazione di suppositori, ecc.

Da tutte queste considerazioni si deduce che la porzione prostatica dell'uretra è la parte integrante dell'apparecchio urinario per cui Finger ammise che la mucosa di detta sezione dell'uretra contenga terminazioni nervose specifiche le quali nello stato fisiologico sono eccitate per l'arrivo dell'urina e nello stato patologico possono essere eccitate per azione meccanica, chimica e infiammatoria.

I calcoli prostatici si trovano quindi, unicamente per la loro situazione topografica, nelle condizioni di potere alterare tutto il meccanismo fisiologico della urinazione: l'entità dei disturbi dipende in parte dal volume e dal numero dei calcoli ma sopratutto dalla loro ubicazione nel senso che quanto più essi sono ravvicinati alla mucosa uretrale, tanto più facilmente può essere alterato l'equilibrio delle azioni dirette e riflesse che entrano nella urinazione normale, quanto più essi ne sono lontani tanto più rientrano, per così dire, nella zona muta della prostata. Così ci spieghiamo il fatto che calcoli grossi o numerosi endoprostatici possono passare inosservati e calcoli piccoli, come sarà stato nel mio caso personale, possano arrecare disturbi molto notevoli a carico dell'apparato urinario. Per il fatto che ogni calcolo può dislocarsi da un punto all'altro, accade facilmente di constatare che un calcolo occulto per molto tempo possa da un momento all'altro manifestarsi con una data categoria di disturbi allorquando si è andato gradatamente avvicinando alla mucosa dell'uretra. Le cause di questo dislocamento sono molteplici; fra esse voglio ricordare in prima linea le azioni traumatiche ed infatti nel mio caso ho ragione di credere che il lungo andare sul carro abbia appunto determinato la dislocazione del calcolo dalle zone profonde della prostata nelle vicinanze dell'uretra. Quivi per eccitazione sui plessi nervosi avrà influito sulla musculatura liscia e striata del segmento prostatico determinando uno stato di contrazione sopratutto dello sfintere esterno ogni qualvolta la vescica era piena e le prime gocce d'urina arrivavano nel segmento medesimo.

Nel nostro infermo, infatti, la ritenzione non poteva riportarsi a deficienza motoria del detrusore: lo stimolo alla urinazione compariva ad intervalli di tempo, come nelle condizioni ordinarie di vita dell'ammalato, ciò che ci dice che a vescica piena corrispondeva esattamente la contrazione del detrusore ed il rilasciamento dello sfintere interno; tale stimolo all'urinazione veniva percepito distintamente ed alla fine era imperioso tanto da provocare la fuoruscita forzata di qualche goccia d'urina: pur tuttavia e malgrado il tentativo volontario di rilasciare lo sfintere esterno, la ritenzione era persistente: la presenza del calcolo aveva influito determinando uno stato di tono considerevole sullo sfintere esterno ed in parte sullo sfintere interno da determinare la chiusura riflessa dell'uretra ad ogni stimolo d'urinare che poteva essere vinto semplicemente dall'impulso traumatico del catetere

al quale l'infermo, come abbiamo detto, era costretto.

Fra tutte le risorse terapeutiche messe in atto, nessuna influenza poteva avere qualsiasi azione diretta ad eccitare la contrazione del detrusore, la cura razionale doveva essere impegnata a vincere il tono dello sfintere e ci saremmo forse riusciti colla dilatazione forzata del collo della vescica e del segmento prostatico dell'uretra fino allo sfiancamento dello sfintere: con ciò avremmo vinto il disturbo funzionale ma la persistenza della causa non ci avrebbe dato la sicurezza della guarigione definitiva.

In conclusione, il mio caso personale serve a richiamare alla mente la calcolosi prostatica ogni qualvolta siamo di fronte ad un disturbo dell'urinazione riferibile al collo della vescica ed alla sezione prostatica dell'uretra in corrispondenza della quale non troviamo altre alterazioni; pensare alla calcolosi anche quando il cateterismo o il riscontro rettale siano riusciti negativi giacchè si può trattare di calcoli piccoli o ravvicinati alla mucosa dell'uretra senza essere sporgenti nel lume e quindi apprezzabili clinicamente e fisicamente, pensare alla calcolosi sopratutto nei casi dove il disturbo dell'urinazione è insorto acutamente e sotto l'azione di un trauma qualunque. Siamo in tali casi di fronte a disturbi da calcolosi prostatica *occulta* da distinguere dalla calcolosi prostatica *latente*: nel primo caso esistono i disturbi della calcolosi senza che questa sia apprezzabile all'esame clinico, nel secondo caso mancano i disturbi pur potendosi apprezzare clinicamente la presenza del calcolo come in quelli indovati nel centro del parenchima glandolare e che si possono apprezzare o col riscontro rettale o colla radiografia.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le pleuriti pulsanti.

(PAILLARD et QUIQUANDON. *Gaz. d. Hôp.*, n. 67, 1914).

Volendole definire potrebbe dirsi che le pleuriti pulsanti sono quelle nelle quali oltre i segni di un versamento pleurico esistono sollevamenti del torace rilevabili colla ispezione e colla palpazione, i quali sono ritmici colle contrazioni cardiache, in modo da ricordare un aneurisma. Vedremo appresso come, secondo i concetti moderni, vadano ascritte fra le pleuriti pulsanti anche quelle che non si rivelano esternamente, ma il cui liquido, per la coesistenza di un pneumotorace, si vede pulsare all'esame radiologico.

Caratteri clinici di queste pulsazioni toraciche sono l'esser sincrone coi battiti della radiale; alcune volte si vedono a luce tangente, occupano diversi spazi intercostali o se il pus ha perforato la parete toracica si forma una sporgenza più o meno arrotondita, che simula un aneurisma.

Le pleuriti che divengono pulsanti sono nella immensa maggioranza dei casi le pleuriti sinistre abbondanti, più raramente le pleuriti incistate iuxta-cardiache o le pleuriti destre.

Pleuriti sinistre. Hanno generalmente i seguenti tre caratteri essenziali:

1° Sono abbondanti, sicchè l'ottusità risale almeno alla punta della scapola ed il cuore è spinto a destra (fino a 17 cm. dalla linea mediana nel caso di Beclère) ove può rimanere definitivamente fissata da aderenze.

2° Coesiste sovente un pio-pneumotorace. Vedremo in seguito l'importanza data da qualche autore a siffatta contingenza per la spiegazione patogenetica.

3° Sono di antica data, e quindi il liquido è purulento; nondimeno sono stati descritti casi di pleuriti pulsanti siero-fibrinose.

Pleuriti incistate iuxtacardiache. È facile spiegarsi come e perchè queste raccolte liquide possano, per la loro posizione e vicino al cuore, divenire pulsanti pur non avendo uno dei caratteri essenziali delle pleuriti pulsanti, e cioè quello di essere abbondanti.

Pleuriti destre. Finora si hanno due sole osservazioni di questo genere, l'una dovuta ad Eichhorst e l'altra a Geigel.

Venendo ora a studiare i caratteri della pulsatilità, va considerata anzitutto la *sede*. Questa può essere assai variabile. A sinistra, tutto il torace può essere animato da pulsazioni: ma più sovente queste sono limitate interiormente alle regioni sottoclavicolare e mammaria, oppure occupano uno o più spazi intercostali, alcune volte anche non contigui (per es. II VI spazio); posteriormente poi la pulsatilità può egualmente manifestarsi in uno o più spazi intercostali, od anche fra la dodicesima costola e la cresta iliaca. Possono vedersi pulsazioni nelle regioni ascellare e sottoascellare. A destra le pulsazioni, oltre che negli spazi intercostali, è stata riscontrata nell'ipocondrio.

Circa il *grado* si distinguono due specie di pleuriti pulsanti. In una prima serie stanno quelle in cui non esiste tumore esterno e la pulsazione è diffusa su una zona più o meno ampia del torace. In un altro gruppo si annoverano le forme che si estrinsecano con una tumefazione esteriore pulsante, dovuta all'essersi

fatto il pus strada attraverso uno spazio intercostale. Questa bozza pulsante può essere di varia grandezza, e più o meno circoscritta. Le pulsazioni che essa presenta ricordano molto da vicino quelle degli aneurismi: si sente però solo un urto, il sistolico, a manca il fremito. È controversa la questione se la pulsazione abbia o no il carattere espansivo degli aneurismi. Il tumore è riducibile ed all'ascoltazione non rivela alcun soffio; secondo il suo posto può trasmettere più o meno bene i rumori cardiaci.

L'*intensità* della pulsazione può variare entro grandi limiti: dall'essere percepita appena a luce incidente, all'avere tanta forza da scuotere violentemente il letto dell'ammalato.

L'*evoluzione* dipende essenzialmente dalla natura, che è pneumococcica, o tubercolare. Nelle forme pneumococciche il decorso è abbastanza benigno, come negli empiemi comuni postpneumonici, e l'intervento chirurgico porta la risoluzione. Le forme tubercolari hanno differenti evoluzioni, a seconda che è o no leso il polmone: nel primo caso sopravviene rapidamente la cachessia mortale, mentre nel secondo formandosi l'ascesso freddo pleurale l'infermo può sopravvivere lungamente.

Un cenno a parte merita il *polso endopleurale* descritto da Rummo. Oltre infatti alle pulsazioni esterne, finora descritte, il liquido pleurico può essere animato da pulsazioni latenti, interne, che il Rummo ha potuto mettere in evidenza mediante un manometro collegato con un trequarti; pulsazioni che del resto si possono oggi vedere bene allo schermo radioscopico. Il polso endopleurale si manifesta quando esiste un versamento abbondante soprattutto a sinistra, sotto forte pressione positiva, che sposta il cuore, e racchiuso in un sacco teso.

La *diagnosi* era difficile, quando non si adoperava ancora l'ascoltazione: oggi la confusione coll'aneurisma è più difficile, distinguendosi questo per l'espansività della pulsazione, il fremito, i soffi, i rumori, i caratteri radiolagici.

Negli ascessi freddi precordiali si hanno due saccoccie, comunicanti, l'una sopra e l'altra sottosternale, e nelle sistoli una parte del liquido di quest'ultima passa nella prima, realizzando pulsazione ed espansione: però mancano il soffio ed il fremito, mentre esiste generalmente il punto osseo dolente donde è partito l'ascesso.

In alcuni rari casi possono aversi grossi aneurismi dell'aorta discendente che si manifestano con ampia ottusità, simulatrice di versamento pleurico: ma l'esame radiologico dimostra come l'ombra della massa aneurismatica non corrisponda con quella della pleura. Così pure quando coesistono un aneurisma aortico ed un versamento pleurico, l'esame coi raggi X permetterà di distinguere l'ombra aortica da quella pleurale, e consentirà una prudente evacuazione del liquido pleurico.

La *cura* è quella di tutte le pleuriti: nelle forme pneumococciche può essere indicata la pleurotomia; nelle tubercolosi si ricorrerà a semplici punture aspirative.

Nè maggior particolarità presenta l'*anatomia patologica* microscopica e macroscopica, che è quella delle comuni pleuriti; interessante invece è la conoscenza dello stato degli organi toracici.

Il polmone spesso è ridotto a proporzioni minime, sì da essere difficile ritrovarlo: forma un piccolo moncone intorno al suo ilo, o è schiacciato contro la colonna vertebrale o si addossa al pericardio come un semplice foglietto di raddoppiamento.

Il cuore è respinto, generalmente intatto. La aorta, alcune volte ricoperta del polmone, è in contatto diretto col liquido del versamento. La parete toracica presenta la pleura ispessita, e sovente i muscoli intercostali tesi e friabilissimi.

La *patogenesi* delle pleuriti pulsanti ha formato l'oggetto di molte pubblicazioni e di molte teorie: quasi ognuna di esse ha il suo lato buono.

Teoria di Féréol. Ritiene indispensabile la presenza del gas nel pneumotorace, per la trasmissione delle pulsazioni cardiache. Ma la clinica non dimostra la presenza di aria necessaria, nè si comprende bene quale azione speciale essa eserciterebbe.

Teoria di Comby. Assai sovente all'autopsia si trova il polmone sinistro ridotto ad una piccola lamina fibrosa, che quasi raddoppia il pericardio, su cui si addossa. Un polmone così trasformato agirebbe, secondo Comby, come un intermediario per la trasmissione della pulsazione cardiaca alla massa liquida, e per l'eventuale rinforzo di essa, dato l'aumento di superficie.

Ma alcune volte queste condizioni mancano, pur essendosi constatato in vita un versamento pulsante.

Teoria di Joanny Roux. Il polmone completamente atellettasico, è nondimeno ancora permeabile al sangue, di modo che ad ogni sistole esso si riempie di sangue come una spugna e dilatandosi trasmette la pulsazione al liquido pleurico entro cui pesca.

Teoria di Béclère. Le pulsazioni cardiache propagandosi di preferenza nella direzione in cui incontrano minor resistenza, ed essendo negli abbondanti versamenti pleurici sinistri il cuore violentemente spinto verso destra, la parete pericardiaca destra ed il setto mediastinico non smorzano più le contrazioni cardiache, che si trasmettono verso sinistra, nella massa liquida.

Teoria di Appert. Appert si è servito di un lungo dispositivo per dimostrare la sua teoria, che si ricollega ad un induramento della pleura polmonare e del polmone e alla forte tensione del liquido.

Teoria di Viola. Prescindendo dalle piccole raccolte liquide iuxtacardiache, nelle quali la pulsabilità può interpretarsi come dovuta alla trasmissione diretta del ritmo cardiaco, nelle grosse collezioni pleuriche sinistre non si può far risalire al cuore la produzione della pulsatilità, poichè ad ogni sistole il cuore non cresce bensì diminuisce di volume. Importante invece sarebbe la funzione dell'aorta toracica, che ad ogni sistole si riempie di sangue e si dilata, e questa dilatazione trasmette, come in un pletismografo, al liquido che l'avvolge e col quale viene in contatto diretto dato il raggrinzamento del polmone.

Delle varie teorie esposte, nessuna soddisfa in modo assoluto, ma da esse si può eclетticamente raccogliere la somma dei fattori necessari per realizzare la pulsatilità del liquido pleurico.

G. SABATINI.

CHIRURGIA.

Studio clinico sulla pancreatite acuta.

(A. E. BARKER. *The Lancet*, 6 giugno 1914).

Si tratta di sette casi, due di osservazione personale e gli altri venuti in cura nello stesso ospedale: di questi, sei furono operati e in cinque seguì la guarigione. Risultato realmente notevole, quando si consideri l'esito ordinario di tale malattia, dovuto specialmente alle gravi difficoltà diagnostiche. Qua e là si legge di casi in cui la pancreatite fu il reperto accidentale durante una laparotomia eseguita senza netta indicazione: di fatto ci manca tuttora un quadro clinico della pancreatite, ci mancano delle indicazioni operatorie definite.

Nella classica ed esauriente monografia sul pancreas pubblicata da Körte nel 1898, questo A., passando in rivista l'intera letteratura sull'argomento stabiliva che nessun passo si era fatto da quando cinquant'anni prima Clessen affermava che non esitevano segni caratteristici della pancreatite acuta.

Dopo il 1898 assai maggior attenzione è stata rivolta a questa malattia, specialmente perchè Körte dimostrò con un successo operatorio che essa è guaribile con l'intervento chirurgico: se ne è indagata l'etiologia, studiata l'anatomia: ma dobbiamo tuttavia riconoscere che sussiste ancora grande oscurità su questi rapidi attacchi morbosi, e che ci mancano dei segni diagnostici definiti caratteristici.

Che vi siano differenti forme di questa lesione è cosa conosciuta da tutti gli anatomopatologi; ma non sappiamo se queste probabilmente tutte direttamente o indirettamente di natura infettiva) differiscano semplicemente per la diversa virulenza o durata di azione di uno stesso microorganismo, ovvero siano in rapporto con batterî del tutto differenti, soli o combinati. Si sa che esiste una pancreatite cronica capace di prolungarsi per molto tempo senza compromettere la vita e che si manifesta con scarsissimi o con nessun segno esterno, fino a che l'organo è gravemente compromesso da una infiammazione acuta, con lo stravaso di abbondante sangue nel parenchima e attorno ad esso («pancreatite acuta emorragica»); che v'è una forma suppurativa più localizzata, con la formazione di uno o più ascessi distinti; e finalmente che v'è una forma fulminante nella quale se il paziente sopravvive al grave shock che apre la scena, si stabilisce rapidamente una necrosi diffusa dell'organo e dei tessuti circostanti che conferisce al processo un peculiare carattere.

Non è ancora chiaro quali relazioni colleghino l'una all'altra le varietà succitate: ma già il conoscerne l'esistenza costituisce un vantaggio dal punto di vista pratico, in quanto il chirurgo deve essere in grado, con la minima aggressione possibile, di modificare l'intervento, secondo la particolare varietà. Perchè non si può seguire un metodo stereotipato per tutte.

Una cosa è, p. es., aver da fare con una infiammazione acuta limitata alla testa o alla coda del pancreas, che ha raggiunto il sacco omentale e può esser drenata attraverso una incisione mediana su questo; ed è una cosa affatto diversa l'attaccare un processo precocemente distruttivo che ha sede dietro il peritoneo, si diffonde nei tessuti retroperitoneali e mesenterici che o sono già invasi o presto cadranno in balìa della suppurazione.

In questo secondo caso è evidente che una incisione anteriore e un drenaggio del sacco omentale non costituiranno intervento adeguato e occorrerà praticare un'altra incisione, laterale, per avere accesso all'area peripancreatica retroperitoneale, respingendo in avanti la sierosa. Dai due casi nei quali l'A. ha operato, e con successo, ha riportato l'impressione che forse in alcuni dei suoi stadî precoci, l'infiammazione può trar benefizio in ogni caso per un po' di tempo, dal drenaggio del sacco omentale.

Ma ove vi sia stato all'inizio molto stravaso di sangue o di succo pancreatico, certamente seguiranno la cosidetta necrosi adiposa e la gangrena che presto o tardi richiederanno un drenaggio diretto: a ciò si provvede nel modo più sicuro e più rapido con un tubo introdotto attraverso i tessuti retroperitoneali. Tale veduta teorica è chiaramente illustrata dal primo caso dell'A. nel quale egli si limitò in un primo tempo al semplice drenaggio della *bursa omentalis,* con evidente miglioramento; ma nove o dieci giorni dopo ritornarono i disturbi e apparve una tumefazione nella regione splenica, sì da render necessario un secondo intervento, per mezzo di una incisione transperitoneale nel fianco sinistro che rivelò una avanzata necrosi adiposa subperitoneale e una larga raccolta di fluido sanguinolento nel peritoneo vicino alla milza. Il doppio drenaggio condusse a guarigione il paziente.

È da tener conto che nei due casi dell'A. il processo distruttivo nel grasso sottoperitoneale si produsse a una certa distanza di tempo dal momento in cui questi tessuti erano stati chimicamente aggrediti dai succhi pancreatici; e sembra che non tutti i lobuli di grasso così affetti siano soggetti alla suppurazione e durante la convalescenza possano venire assorbiti. Una osservazione importante su un andamento analogo è stata fatta da Körte operando una colecistite acuta. Egli osservò una tipica necrosi adiposa senza alcuna accertabile lesione pancreatica. Un anno dopo operando lo stesso paziente per un calcolo incuneato nel coledoco trovò scomparsa ogni traccia di necrosi adiposa.

Ci resta ancora moltissimo da conoscere sia sulla natura esatta, sia sul modo di produzione di questa necrosi adiposa nel pancreas ed intorno ad essa, nel mesenterio e nell'omento. Ma dal punto di vista pratico, quando la si riscontri nell'esplorazione dell'addome in un caso acuto essa costituisce la più valida guida per riconoscere la natura del processo. Quando Balser richiamò per la prima volta nel 1879-82 l'attenzione su di essa, l'interpretazione ne fu errata. Langerhans sembra sia stato il primo a stabilire che le alterazioni delle cellule adipose erano dovute all'azione distruttrice di grasso della secrezione pancreatica.

Più tardi Hildembrandt dimostrò sperimentalmente che un ingorgo dell'organo, sia per opera del suo secreto stesso, sia di sangue, ovvero la fuoriuscita del secreto pancreatico nel peritoneo, producono la necrosi adiposa tipica e nel pancreas stesso e nel mesenterio e omento. Se così fosse l'alterazione potrebbe prodursi in varî modi: per lesione violenta; per qualche ostacolo (calcolo biliare o pancreatico) che sia in grado di arrestare il passaggio del succo pancreatico nel coledoco; per una tumefazione infiammatoria dovuta a infezione del dutto pancreatico; per una contrazione spasmodica dello sfintere dell'Oddi. L'infezione batterica poi farà il resto, portando, nel tempo necessario, alla necrosi gangrenosa dell'organo. Se una tale larga concezione del progresso è esatta, il drenaggio vasto e immediato del grasso peripancreatico sembra essere il trattamento razionale.

Seguono le storie dei sette casi che qui è impossibile trascrivere. Volendo da esse ricostruire un quadro clinico che possa essere utile per il futuro si è anzitutto colpiti dal fatto, che in tre casi i pazienti descrissero attacchi simili sofferti molto tempo prima di quello per il quale ricorsero all'ausilio chirurgico: e precisamente in uno si ebbero due attacchi precedenti, rispettivamente sei anni e sei mesi prima; e in un terzo tre attacchi, rispettivamente cinque, quattro e tre anni prima. Un altro punto da osservare per ciò che riguarda l'anamnesi remota è la precedenza, per un certo tempo, di disturbi gastrici.

In nessun caso si rinvenne nulla nella storia da far pensare a disturbi dell'apparato biliare salvo in uno un ittero incerto; nè all'operazione fu mai trovato alcunchè di anormale nella cistifellea.

L'insorgere dell'attacco fu in tutti nettamente repentino, salvo in un caso nel quale erano preceduti per quattro settimane dei dolori dopo il pasto. Il primo sintoma fu dolore epigastrico, insorto d'un tratto, di notevole intensità, tale anche da rendere il paziente pallido e cianotico. La temperatura fu in tutti i casi all'inizio relativamente bassa; il polso rapido gradualmente crescente di frequenza, a bassa tensione; il vomito costante, di aspetto biliare, misto a muco.

In nessun caso prima della narcosi si potè constatare la presenza di tumore nelle regioni del pancreas. In quattro casi all'apertura dell'addome fu riscontrato liquido peritoneale torbido in notevole quantità; le anse intestinali in quattro casi dei cinque operati erano iniettate e dilatate ma non paralizzate e senza alcun aspetto di flogosi. Solo in tre casi il secreto della glandola infiammata aveva aspetto emorragico; solo in tre casi il processo distruttivo si era fatto strada nel sacco.

L'A. termina il suo articolo ricordando di aver voluto fare semplicemente uno studio clinico della malattia nonostante la tentazione di indagare sulla sua patologia.

SEBASTIANI.

MEDICINA DI GUERRA.

La diagnosi precoce del tifo presso le formazioni sanitarie di prima linea.

(ORTICONI e AMEUILLE, *Presse Medicale*, 7 gennaio 1915).

La guerra di trincea, che attualmente prolunga in Francia il soggiorno delle truppe nelle medesime località, fa crescere notevolmente il numero degli ammalati in confronto a quello dei feriti, ed è dovere dei dirigenti i servizii sanitarii di provedere ai mezzi perchè le diagnosi delle malattie siano fatte rapidamente, ed in maniera sicura, onde non vengano allontanati troppo dal fronte i soldati affetti da malattie rapidamente guaribili, e vengano d'altra parte direttamente spedalizzati in località adatte ed opportune gli ammalati di forme per le quali sia controindicato un lungo viaggio.

I tifosi, è notorio, sopportano male i lunghi trasporti e d'altronde debbono venir curati in ospedali forniti di speciali mezzi. Occorre quindi che, fin dal momento in cui vengono sgomberati dalla prima linea, si abbia una diagnosi ben certa sul loro conto, tanto più che una quantità di affezioni leggere e passeggere possono, all'inizio, simulare un'infezione tifosa.

È anche assai bene che, appena l'infezione Eberthiana si manifesti in un reparto di truppa, i comandi ne possano essere rapidamente e sicuramente informati onde provvedere all'attuazione delle necessarie misure profilattiche.

Gli AA. propongono quindi che in tutti i casi dubbii vengano, anche sul fronte, eseguite le ricerche di laboratorio che possono dare una certezza assoluta e fra queste specalmente la *sierodiagnosi* e la *emocoltura.*

Non si deve affatto credere che tali ricerche siano impossibili a farsi sulla prima linea di un esercito in guerra. Presso il 20° corpo d'armata del quale fan parte gli AA., il laboratorio batteriologico da campo funziona appunto presso la *ambulanza* che è adibita a temporaneo deposito degli *spedati* e non mette più di due ore ad impiantarsi.

L'*emocoltura* dà i risultati più sicuri, ma necessitano da 24 a 36 ore perchè possa dare il suo responso, mentre la sierodiagnosi può permettere una risposta assai più rapida, due ore appena dopo l'arrivo dell'ammalato all'ambulanza.

Gli AA. quindi praticano l'*emocoltura* su tutti quei malati che si trovano nei primi otto giorni di malattia, la *sierodiagnosi* su quelli che sono ammalati da più tempo.

Le semine per l'emocultura vengono fatte con 10 cmc. di sangue, preso da una vena dell'avambraccio, in brodo leggermente alcalino (ottenuto con 10 gr. di estratto Liebig per litro di brodo). Le ricerche per la sierodiagnosi son fatte al tasso di 1 per 60.

Ottenuta, mediante queste ricerche, la certezza che si tratta realmente di infezione Eberthiana, si provvedono i malati di una tabella che porta l'indicazione netta della diagnosi fatta e lo sgombero di essi sull'ospedale delle retrovie più adatto, vien direttamente effettuato.

Si riesce così d'altra parte ad impedire l'allontanamento di numerosissimi ammalati, che, affetti da forme febbrili di qualche durata, verrebbero senza tali mezzi, immancabilmente considerati come sospetti tifosi e sgomberati sulle retrovie.

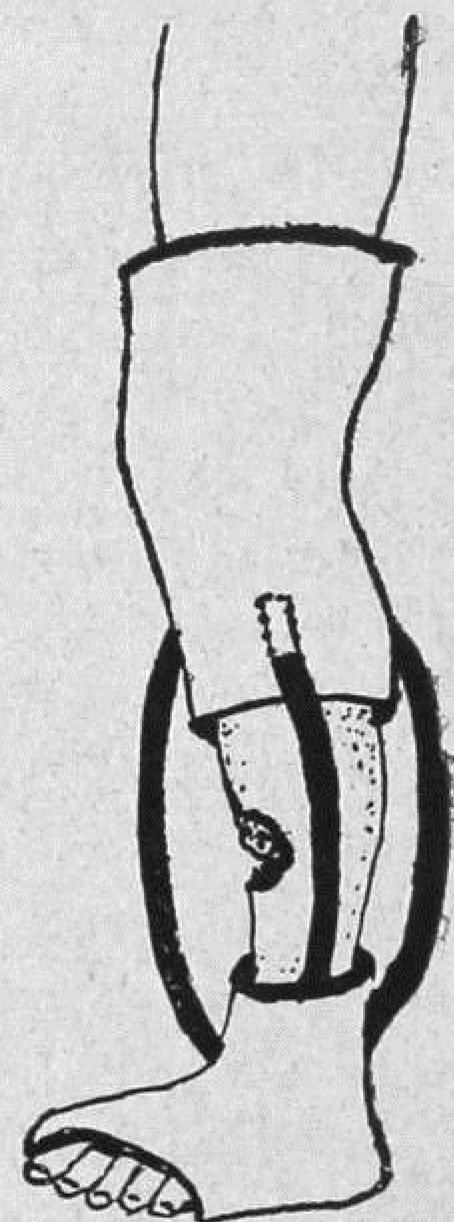
G. MENDES.

I compiti dell' ortopedia in guerra.

(Prof. Dott. CARL HELBING, *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*).

In guerra si rende più utile un chirurgo abile nel far fasciature ad apparecchi che un bravo chirurgo operatore. Vario è il suo compito a seconda ch'egli si trovi al campo, nelle retrovie, oppure in un ospedale.

Sul campo e nelle ambulanze, arrestate le eventuali emorragie e fatta una medicazione asettica, egli dovrà immobilizzare l'arto ferito. Permettendolo le circostanze, già nel luogo ove i feriti vengono riuniti per essere inviati alle ambulanze, si potrà fare una fasciatura provvisoria che permetta anche un lungo trasporto. Secondo l'A. la fasciatura ideale è sempre quella gessata, ma, in mancanza di questa, si dovrà improvvisare un apparecchio e la maggior abilità consisterà appunto nel saper scoprire dovunque il materiale adatto.



Il compito più importante del chirurgo ortopedico comincia negli ospedali di riserva. L'A. consiglia qui la fasciatura gessata perchè, secondo lui, è la più tollerata, permettendo di medicare le ferite che si accompagnano alla frattura, senza far soffrire il paziente; in secondo luogo l'immobilizzazione assoluta, possibile solo con questo apparecchio, permette anche una più rapida guarigione delle ferite. Secondo l'esperienza dell'A. ha fatto miracolo anche in casi gravissimi in cui le lesioni delle articolazioni, lo spappo-

lamento delle parti molli e l'alta temperatura, parevano rendere inevitabile l'amputazione. Se la superficie della ferita è piccola, si potranno semplicemente intagliare finestre nella fasciatura, se è grande si potrà servirsi di ponti di metallo 1-2 mm. di spessore, che si ingesseranno insieme con la fascia. Essi permetteranno anche di tagliare, in secondo tempo, l'apparecchio tutto all'intorno per una zona più o meno grande, pur mantenendone la rigidezza e la compagine.

Nelle fratture delle ossa, prodotte da arma da fuoco con ampia devastazione delle parti molli, non vi è di solito tendenza all'accorciamento, data la contemporanea lesione dei muscoli che restano paralizzati.

Per evitare le anchilosi, quando si tratti di fratture delle estremità superiori, non si dovranno comprendere nella fasciatura le articolazioni falango-falangee e metacarpo-falangee. Se poi sono state lese le articolazioni, si darà ad esse la posizione nella quale l'uso dell'arto potrà esser meno danneggiato. Così, se è ferita l'articolazione del piede, questo dovrà essere immobilizzato ad angolo retto con la gamba; per il ginocchio, si dovrà dargli una leggera inclinazione (circa 165°); per l'anca una leggera inclinazione ed abduzione; il gomito dovrà fissarsi formando un angolo di circa 70°.

Guarite le ferite e le fratture, l'ortopedico deve ancora combattere l'atrofia dei muscoli e le anchilosi. A questo scopo, se sono lese le estremità inferiori, si farà presto alzare il paziente; se lo sono le superiori, gli si faranno fare degli esercizi di movimento delle articolazioni sane. Saranno poi utili i massaggi, la cura di aria calda, le cure termali, i bagni caldi, e gli apparecchi medico-meccanici negli istituti adibiti a questo scopo.

G. Mendes.

NOTE DI FARMACOLOGIA.

Gli espettoranti.

Si dà questo nome ai rimedi destinati a facilitare l'espettorazione.

Non disponiamo di dati bastevoli per analizzarne l'azione, poichè manchiamo di conoscenze accurate fondamentali sulla fisiopatologia delle glandole bronchiali secretrici, non sappiamo come la fluidità del secreto dipenda dalla vascolarizzazione, dall'innervazione o dalla permanenza del secreto nell'albero bronchiale, sappiamo troppo poco sulla flora batterica normale e patologica delle vie aeree e sul meccanismo col quale i germi e le loro tossine intervengono nel provocare la depitelizzazione, il richiamo dei leucociti, la filtrazione del plasma sanguigno, le modificazioni di alcune proteine (coagulazione, peptonificazione, ecc.).

* * *

Siamo edotti bene soltanto sui fattori che determinano l'allontanamento dell'espettorato.

Il principale di questi fattori dinamici è dato dal *movimento ciliare*. Secondo le osservazioni di Gerhardt, Enderson, Tayler, le ciglia sono in grado di far compiere fino 1.5-2.5 cm. per ogni minuto al secreto bronchiale. Esse non sono soggette all'azione dei nervi; quindi sembra impossibile di stimolarle per mezzo del sistema nervoso.

Un secondo mezzo di propulsione è costituito dai *movimenti similperistaltici dei bronchi*, dimostrati da Einthoven, Sandmann, ecc. Sono dovuti alla contrazione dei muscoli di Reisessen. Probabilmente assumono importanza nel rimuovere il muco dai bronchioli terminali, ove mancano le ciglia.

Infine la brusca corrente d'aria prodotta dai *colpi di tosse* trascina violentemente con sè l'espettorato raccoltosi nei grossi bronchi e nella trachea. Invece non ha nessun effetto quando l'espettorato si trova ancora nei bronchioli: infatti man mano che le vie aeree si ramificano la somma dei loro lumi cresce rapidamente, per modo che la corrente d'aria vi perde ogni forza viva.

* * *

Precisare le modalità con cui gli espettoranti agiscono sui fattori enunziati è una questione complessa che è stata affrontata solo parzialmente.

Per questo studio ci soccorre poco la clinica.

Nella letteratura sono consegnate bensì moltissime *impressioni* di clinici sul valore degli espettoranti; ma per questa via non si può giungere a risultati attendibili.

Specialmente le bronchiti acute non si presterebbero ad uno studio rigoroso in causa dei cambiamenti spontanei notevolissimi che intervengono nella natura e nella quantità dell'escreato. Più adatte parrebbero le bronchiti croniche, in cui le oscillazioni quantitative e qualitative dell'espettorato sono meno sensibili; nonpertanto anche per esse è difficile valutare con esattezza la quantità di espettorato, poichè questo può essere misto a quantità variabili di saliva e, d'altra parte, una lunga permanenza nei bronchi o nella trachea può farne riassorbire l'acqua e quindi determinare una diminuzione solo apparente.

Anche lo studio sperimentale del problema offre difficoltà evidenti. Forse per questo motivo non sono state compiute che poche serie di ricerche al riguardo.

*
* *

Volendo sistemare e organizzare le scarse conoscenze che possediamo intorno a questo problema, siamo costretti a lasciarci guidare da considerazioni teoriche.

Possiamo presumere, ad esempio, che gli espettoranti attivino la ripulitura meccanica dei bronchi, il drenaggio bronchiale (*le curage des bronches,* come direbbe A. Robin). Per tal modo verrebbero allontanati batteri e tossine e rimarrebbe soppressa una causa di irritazione locale e d'intossicazione generale. Ne risulterebbe agevolata la riparazione dei bronchi, onde in secondo tempo la secrezione dovrebbe tendere ad esaurirsi e l'effetto finale coincidere con quello degli antisettici e degli essiccanti bronchiali.

Non dobbiamo sorprenderci dunque se la distinzione con questi rimedi non risulta sempre facile.

*
* *

Come può essere facilitato questo drenaggio bronchiale?

Molte spiegazioni sono possibili, poche probabili.

Qualora venisse causata un'irritazione locale, atta a provocare una maggior produzione di espettorato, essa si sommerebbe a quella analoga già prodotta dai germi, e potrebbe riuscire dannosa. Invece un'azione puramente nervosa, riflessa, vaso-dilatatrice e ipercrinica, eserciterebbe il solo effetto del drenaggio.

Prenderemo analiticamente in esame queste ed altre azioni possibili, trattando dei singoli rimedi espettoranti.

*
* *

Cominciamo dai mezzi fisici.

Le *inalazioni di vapor d'acqua* non penetrano profondamente: limitano la loro azione alle prime vie aeree.

Hanno per effetto il diluire il muco, ne rendono così più facile il distacco e l'asportazione: la tosse risulta meno penosa e più efficace.

Inoltre cedono calore e per tal modo determinano una dilatazione vasale riflessa, che è accompagnata da secrezione più copiosa di liquido. Ciò intensifica l'effetto precedente.

Infine, le ciglia si muovono più attivamente quando il materiale che debbono allontanare è più fluido. Infatti Engelmann ha dimostrato che possono addirittura arrestarsi quando il muco è molto denso; viceversa sono mobilissime quando l'espettorato è acquoso. Anche mercè tale intervento più attivo delle ciglia l'espettorazione viene ad essere agevolata.

Nell'insieme le *inalazioni* costituiscono dunque un sicuro ed efficace mezzo espettorante. Vanno usate in specie quando l'espettoarto è vischioso, tenace, attaccaticcio.

Probabilmente anche le bevande calde, le quali presso il popolo godono fama di espettoranti, si comportano in modo analogo: un po' del vapore che se ne libera giunge alle prime vie aeree, vi si arresta e determina una dilatazione vascolare riflessa: per tal modo fluidificano la secrezione.

Un effetto analogo alle inalazioni di vapor d'acqua hanno le *polverizazzioni* (*nebulizzazioni, atomizazzioni*) di acqua calda.

Nell'acqua adoperata possono dissolversi sostanze ad azioni locali varie. Per es., gli alcalini diluiti attivano il movimento delle ciglia, come ebbe già a dimostrare Virchow (1854); gli alcalini e più specialmente il solfato di soda fluidificano il muco.

Così è che dissolvendo nell'acqua per le polverizzazioni del bicarbonato di soda o meglio del solfato di soda, si esercita un'azione detersiva efficace sulle prime vie aeree.

Anche il *calore* ed i *rivulsivi* applicati sul torace facilitano l'espettorazione, probabilmente perchè determinano una dilatazione riflessa dei vasi sanguigni nei polmoni: l'afflusso di sangue facilita la produzione del muco e la risoluzione del processo morboso.

Tutti questi mezzi fisici sono esenti da azioni secondarie dannose. Costituiscono dei buoni mezzi espettoranti.

*
* *

I medicinali somministrati per via interna difficilmente vengono eliminati attraverso i bronchi in quantità apprezzabili, tali da esercitare un'azione farmacodinamica.

Prendiamo l'esempio dei *sali d'ammonio,* molto vantati come espettoranti.

Si era detto che, venendo eliminati per la mucosa bronchiale, essi determinerebbero la fluidificazione del muco, o forse, secondo Rossbach, stimolerebbero le ciglia come nell'esperimento dianzi citato di Virchow.

Ma Biedl, Winterberg, ecc., hanno dimostrato che molta parte dell'ammonio (fino a 4/5) scompare nel fegato e non raggiunge la circolazione generale. Nel fegato il radicale d'ammonio liberatosi in parte si ricombina, in massima parte si trasforma in urea che viene poi eliminata attraverso i reni insieme ai sali d'ammonio inalterati o reintegrati.

In conclusione, i sali d'ammonio passano nell'urina sia come tali, sia come urea, cloruri, ecc.

Non possono giungere nei polmoni in quantità attive. Infatti Cushing non è riuscito neppure a dimostrarveli.

Cadono dunque le ipotesi poc'anzi enunziate sul loro meccanismo d'azione.

*
* *

Se mai, i sali d'ammonio debbono agire per altra via.

Quale?

Si è ammesso che possano rendere più copiosa e meno densa la secrezione bronchiale, agire come rimedi ipercrinici, sia stimolando i centri nervosi delle glandole bronchiali, sia per via riflessa.

Affine d'indagare questo comportamento sono state eseguite parecchie ricerche. Rossbach (1882) si valse dell'esame diretto della trachea esposta: l'asciugava e notava quanto tempo si richiedesse affinchè la superficie tornasse ad inumidirsi in condizioni normali e dopo aver somministrato del carbonato d'ammonio. Ebbe un effetto nullo od un ritardo nella secrezione. Calvert (1896) ripetè queste ricerche e trovò invece che la secrezione veniva accelerata. Ma in quelle indagini contraddittorie si erano insinuate delle cause di errore. Biedl e Winterberg (1901) riconobbero che i centri delle glandole bronchiali nei cani possono bensì essere stimolati dal cloruro d'ammonio, ma che se ne richiedono dosi elevatissime, equivalenti a 9 grammi nell'uomo. Dunque è poco probabile che le dosi terapeutiche siano attive in tal senso. Henderson e Taylor eseguirono altre ricerche diligenti (1910): i risultati furono del tutto negativi con dosi terapeutiche di cloruro e di carbonato d'ammonio, equivalenti a gr. 1-1.5 nell'uomo; divenivano positivi solo con dosi altissime ed anche in tali condizioni erano fugaci: l'ipersecrezione cominciava dopo 10' ed era cessata dopo 20'. Infine, sono venute altre ricerche, assai rigorose ed attendibili, di J. L. Miller (1914): egli introduceva della carta bibula arrotolata entro la trachea aperta di cani anestetizzati; poi registrava di quanto la carta aumentasse di peso entro un certo tempo, sia in condizioni normali, sia dopo aver iniettato nel duodeno dell'animale in esperimento del carbonato d'ammonio. Dosi abbastanza alte, equivalenti a gr. 2-4 per un uomo di 65 kg., rimasero senza il menomo effetto.

Tutte queste ricerche sperimentali non sembrano sostenere l'uso dei sali d'ammonio come espettoranti.

Non sappiamo perchè i sali d'ammonio passino per buoni espettoranti; si può anzi dubitare che lo siano, nel senso comunemente ammesso.

Se mai, la loro azione dovrebbe esercitarsi in altro senso, come vedremo.

*
* *

La stessa azione ipercrinica sulle glandole bronchiali era stata invocata più volte per gli espettoranti *nauseosi.*

Per spiegarne l'azione, si era detto che deve esistere una sinergia tra le glandole salivari e quelle bronchiali. In altri termini, l'attività delle prime sarebbe parallela con quella delle seconde.

E come i neuseosi attivano la salivazione, così dovrebbero determinare anche una ipersecrezione bronchiale.

I più usitati rimedi di questo gruppo sono l'*apomorfina* e l'*ipecacuana.* In base ad esperienze condotte nel modo già menzionato, Rossbach, Calvert, Henderson e Taylor credono tutti all'azione espettorante di queste due sostanze, usate a dosi non emetiche. L'apomorfina agirebbe stimolando i centri delle glandole bronchiali (allo stesso modo provoca il vomito agendo sui centri bulbari del vomito). L'ipecacuana agirebbe sia centralmente, sia in via riflessa dallo stomaco.

L'azione dell'ipecaucana sulla secrezione delle prime vie aeree è stata studiata in modo molto semplice anche da Wild, partendo dal presupposto di una sinergia tra secrezione nasale e secrezione bronchiale. Egli ha rilevato che, dopo la somministrazione di questo rimedio, la secrezione nasale aumenta.

Ammettendo queste azioni ipercriniche, l'*apocodeina* dovrebbe essere ancora più indicata dell'apomorfina (Gaglio); infatti è dotata di una azione emetica debole, mentre determina uno stato nauseoso persistente.

La *radice di poligala* è un altro rimedio del gruppo. Secondo Calvert non spiega nessun effetto sulla secrezione bronchiale; invece Henderson e Taylor hanno trovato, sperimentando nei gatti, che determina aumento della secrezione. Agirebbe probabilmente in via riflessa.

Un'azione analoga potrebbe spettare ad altri rimedi, come le *violette,* che godono fama di espettoranti e che dimostrano azione nauseosa.

Ricordiamo infine che anche il *liquore anisato d'ammonio,* usato come espettorante, si comporta quale nauseoso e ad alte dosi quale emetico.

Una volta era in pregio anche il *tartaro stibiato,* ma da tempo è fuori uso, perchè troppo attivo e dà rapidamente il vomito. Ancora usato invece è il *kermes minerale,* più adatto perchè mantiene a lungo lo stato nauseoso senza portare al vomito.

Dalle ricerche precedentemente esposte relative all'apomorfina, all'ipecacuana ed alla poligala si desume che in dosi di laboratorio i nauseosi in genere sono certamente attivi.

Una causa d'errori in queste ricerche è stata rilevata da Henderson e Taylor: i centri delle glandole bronchiali presto si esauriscono e cessano di agire, specie sotto l'azione dell'apomorfina. Ma in clinica non si giunge mai a quantità tali da far temere questo effetto.

*
* *

Gli esperimenti positivi sull'azione espettorante dei nauseosi erano stati condotti con quantità eccessive, molto più elevate di quelle che si usano in terapia; d'altra parte non erano molto rigorosi.

Di recente (1914) sono stati ripresi dal Miller, eliminando ogni causa di errori. La tecnica è stata quella stessa già descritta per gli ammoniacali: cioè nella trachea messa allo scoperto di cani, l'A. introduceva della carta bibula arrotolata e determinava di quanto aumentasse il peso di essa dopo un certo tempo, sia in condizioni normali, sia dopo aver iniettato del carbonato d'ammonio nel duodeno.

Egli fece uso dell'apomorfina e dell'emetina. Si attenne a dosi basse, pur mantenendole ancora notevolmente più alte di quelle cliniche.

Non ottenne alcun effetto positivo.

Dunque i vecchi espettoranti nauseosi, che spesso rovinano lo stomaco, sarebbero da considerare come **inutili, a meno che il** loro dinamismo non sia diverso da quello generalmente ammesso fin'ora.

*
* *

Si può supporre che gli espettoranti nauseosi accrescano i movimenti pseudo-peristaltici dei piccoli bronchi; in altri termini, che stimolino i muscoli di Reissessen a contrarsi, sia direttamente, sia mercè l'intervento del vago.

Forse l'apomorfina e l'ipecacuana a dosi emetiche agiscono in questo senso; ma ce ne manca l'evidenza.

Comunque si richiederebbero dosi molto superiori a quelle considerate come espettoranti.

Questo dinamismo terapeutico sembra dunque anch'esso da escludere.

*
* *

In clinica si attribuisce un'azione espettorante anche agli *ioduri*. Henderson e Taylor hanno affrontato sperimentalmente la questione e dimostrato che questi rimedi sono realmente in grado di provocare uno stimolo riflesso delle glandole bronchiali. Quest'azione riflessa partirebbe dallo stomaco; infatti l'ipersecrezione bronchiale si ha solo quando gli ioduri sono somministrati per la via gastrica; iniettati nelle vene, restano senza effetto.

Secondo Baehr e Pick gli ioduri agirebbero anche determinando la dilatazione dei bronchioli e facilitando in tal modo il passaggio dell'espettorato e l'eliminazione di esso.

Si ritiene infine che gli ioduri siano dei vasodilatatori bronchiali; il maggiore afflusso di sangue che essi inducono nei bronchi faciliterebbe la secrezione delle glandole bronchiali.

Gli ioduri eserciterebbero dunque un'azione complessa.

Sono stati raccomandati e usati largamente nelle bronchiti croniche, in specie in quelle che sostengono l'asma bronchiale. In quelle acute sono certo da proscrivere.

*
* *

Tutto ciò che ravviva la circolazione, attiva anche le secrezioni; perciò i cardiocinetici sono generalmente degli ipercrinici.

È probabile che della *scilla*, usata come espettorante, si utilizzino appunto le proprietà tonicardiache. Sperimentalmente Henderson e Taylor hanno ottenuto degli effetti positivi sulla secrezione bronchiale dalla tintura di scilla.

Anche alcuni dei rimedi menzionati in precedenza eccitano la funzione cardiaca, od almeno elevano la pressione del sangue (poligala, sali d'ammonio); eppure, come abbiamo visto, pare che a dosi cliniche non influiscano sull'aumento della secrezione bronchiale. Altri dei rimedi menzionati sono invece ipostenizzanti, come l'ipecacuana ed il tartaro stibiato; ma lo sono soltanto a dosi emetiche, non a dosi considerate come espettoranti.

Nell'insieme, non può farsi affidamento neppure sull'azione cardiocinetica.

*
* *

Infine vogliamo richiamare l'attenzione su di una possibile azione strettamente localizzata degli espettoranti.

Alcuni mucillaginosi, emollienti, così detti *pettorali,* calmano la tosse in quanto che rivestono la superficie della gola, infiammata ed abrasa, e ne riducono il contatto con l'aria, la quale esercita un'azione irritante. Sono l'infuso di radice d'altea, la liquorizia, le gomme.

Questi rimedi si rendono utili nei catarri acuti delle prime vie aeree, quando si vuol calmare una tosse stizzosa ed inutile: la loro azione è paragonabile a quella dell'oppio o della codeina. Al tempo stesso l'espettorazione viene resa più facile, perchè i colpi di tosse si producono solo quando l'espettorato si è raccolto nella gola.

A questo effetto si somma quello locale prodotto dal vapore d'acqua calda, poichè i rimedi menzionati si somministrano quasi sempre in forma di bevande calde.

Altri rimedi esercitano invece un'azione contraria: determinano in gola uno stimolo locale, un leggero eccitamento nell'atto stesso in cui vengono assunti. Il farmacologo von Tappeiner li chiama kratzende Expestorantia. E' probabile che molti espettoranti agiscano in tal senso. Riescono utili quando la secrezione è copiosa e lo stimolo a tossire attutito; richiamano quasi l'attenzione del paziente sulla necessità di liberare la gola; lo sollecitano a tossire.

Si comportano forse in questo modo l'acido benzoico, i sali d'ammonio, il liquore anisato d'ammonio — poichè tanto la reazione acida come quella alcalina indurrebbero questa leggera irritazione locale.

Se così stanno le cose, i sali d'ammonio non dovrebbero mai somministrarsi in bevande acide, le quali ne annullano la basicità.

Nè potrebbero essere attivi in tale senso i sali neutri, come i benzoati, che pure vengono considerati come espettoranti (1).

Anche i nauseosi potrebbero determinare una eccitazione locale, di natura meccanica, inerente agli forzi appena accennati di vomito. D'altra parte l'ipecacuana esercita pure un'azione irritante locale.

*
* *

Avremmo dunque di fronte due gruppi di rimedi ad azione locale antagonista: gli uni calmanti, gli altri eccitanti.

Alle volte si richiede di preferenza l'azione locale calmante, altre volte quella eccitante. Cosicchè i due gruppi di rimedi avrebbero indicazioni diverse ma egualmente definite.

Possono anche utilmente associarsi; in queso caso, a norma del bisogno, agisce il rimedio stimolante o quello calmante. Così ci si spiega l'utilità dei binomi oppio-ipecacuana (polvere del Dover) o codeina-poligala, tanto usati nella pratica medica.

La contraddizione tra i due rimedi associati è solo apparente: quando la tosse è stizzosa ed inutile, ha il predominio l'azione calmante; quando il secreto si accumula in gola, il paziente è indotto ad espettorare.

*
* *

Da quanto abbiamo detto emerge la difficoltà del problema, ma si desume che possediamo già elementi bastevoli per addivenire ad alcune applicazioni pratiche attendibili. L. VERNEY.

(1) Ai benzoati ed al cloruro di ammonio si è voluta attribuire un'azione antisettica.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 4 dicembre 1914.

FERRIO. *Sulle indicazioni e sugli effetti collaterali del pneumotorace artificiale nella tubercolosi.* — Il pneumotorace artificiale, attuato col metodo Forlanini, favorisce la guarigione spontanea del processo tisiogeno; sopprime i sintomi della malattia in 4-8 settimane e determina la guarigione del polmone in capo ad 1-2 anni. Questi esiti fortunati si ottengono soltanto quando, date altre circostanze favorevoli, esistono le indicazioni ideali della cura, che sono: tisi unilaterale, pleura libera, assenza di enfisema, di deformazioni e rigidità toracica, condizioni generali soddisfacenti. L'O. ha trovato queste indicazioni ideali nel 5-6 % su un totale di 700 tubercolotici, ma ritiene che in pratica e con migliore cernita dei casi curabili questa percentuale si possa elevare notevolmente.

Ma oltre agli effetti classici della nuova cura esistono certi effetti collaterali meno conosciuti che riguardano: 1° l'azione antitermica del pneumotorace anche incompleto od unilaterale con lesioni tisiogene bilaterali; 2° l'azione curativa sulle lesioni del polmone non sottoposto alla cura diretta; 3° il rallentamento e talora la guarigione che proviene da cure pneumotoraciche incomplete o dai versamenti o dalle aderenze che da queste derivano. Cita due casi clinici a conferma di questi fatti e conclude affermando, cosa già da lungo nota pei versamenti, ma da riconoscersi anche per il pneumotorace, che l'ingombro alla libera funzione dei polmoni non è senza influenza sul modo di svolgersi del processo tisiogeno che cessa di essere distruttivo per lasciar predominare la connettivazione dei focolai.

Per ipotesi suppone che ciò dipenda dalla modificata circolazione del polmone atelettasico che riceve e scarica sangue venoso ed esprime l'augurio che gli studi sperimentali approfittino di questo concetto per riconoscere se eventualmente negli organi asfittici inquinati da tubercoli si producano sostanze di effetto specifico e curativo.

BATTISTINI. Pur essendo in linea di massima d'accordo col Ferrio nelle osservazioni fatte a riguardo della cura del pneumotorace artificiale, ne dissente per quanto riguarda le indicazioni che egli crede dall'A. sieno state eccessivamente ristrette. In base alle sue esperienze personali egli crede che col progredire degli

studi sulla cura della tubercolosi polmonare col metodo del pneumotorace artificiale e coll'estendersi del metodo stesso, dovranno certamente essere modificate le statistiche poco incoraggianti del Ferrio. Egli crede che si possa e si debba estendere il metodo anche nelle forme relativamente iniziali e cita l'osservazione di due ammalati curati per lesione apicale iniziale in cui si verificò una guarigione clinica assoluta. Richiama l'attenzione su un lato importante della cura dal punto di vista igienico-sociale nel senso che cessando l'espettorazione cessa il pericolo dell'infezione. Cita alcuni casi in cui durante la cura avvennero delle complicanze di difficile interpretazione. Parla delle aderenze pleuriche che ostacolano in vario modo il progresso normale della cura.

Concludendo Battistini si dichiara un fautore convinto della cura col pneumotorace per i risultati brillanti ottenuti e perchè ritiene che un'estesa applicazione del metodo possa avere una notevole importanza per la profilassi sociale sterilizzando per così dire al più presto i focolai d'infezione.

MORPURGO. A proposito dell'ipotesi avanzata dal Ferrio che alla venosità del sangue si possano attribuire i benefici effetti curativi del pneumotorace, osserva come le esperienze fatte sulla stasi alla Bier dimostrano che la stasi favorisce essenzialmente lo sviluppo del tessuto connettivo, senza però influenzare la quantità e la virulenza dei bacilli tubercolari. Non crede perciò che solo la venosità del sangue possa invocarsi per spiegare gli effetti terapeutici del pneumotorace secondo l'ipotesi del Ferrio.

VOLPINO avanza l'ipotesi che la diminuzione di temperatura dei tubercolotici dopo l'applicazione del pneumotorace debba attribuirsi ad una diminuzione dell'autoinoculazione di tubercolina, che avviene facilmente in ogni movimento del malato e che diminuisce e si arresta col riposo del focolaio ottenuto col pneumotorace.

VOLPINO. *Ricerche sui fermenti digerenti l'albumina del vitto nel siero di animali monofagici.* — L'O. ha potuto dimostrare che alimentando per un certo tempo le cavie con un vitto esclusivo di frumento, di mais o di latte, si può dimostrare nel sangue con la reazione di Abderhalden la presenza di fermenti digerenti l'albumina del vitto omologo. Reazioni di gruppo sono possibili.

SERAFINI. *Caso di ernia crurale retrovascolare bilaterale.* — L'O. riferisce del caso in una donna di 57 anni, che devesi ritenere il primo caso di tale varietà noto nella letteratura chirurgica.

DIENA. *Risultati ottenuti nella ricerca di alcuni fermenti nel sangue dopo la legatura dei dotti pancreatici.* — L'O. praticò le sue esperienze sui cani; in tutti gli animali i risultati furono costanti per ciò che riguarda la lipasi e l'esterasi. In un cane, nel quale un ittero passeggero complicò il seguito operatorio, egli notò la scomparsa del fermento amilolitico; tale fermento ricomparve dopo alcuni giorni dall'operazione malgrado che l'ittero non fosse completamente scomparso, ed aumentò notevolmente nei giorni successivi.

Dalle ricerche dell'O. risulta che dopo la legatura dei dotti pancreatici nel cane, compare nel siero del sangue un fermento capace di scindere l'olio di mandorle dolci; che l'esterasi già presente nel siero di cane normale aumenta notevolmente essa pure, dopo la legatura dei dotti. Per quanto riguarda l'amilasi l'O. conferma i risultati avuti da Wohlgemuth, cioè il forte aumento, fa notare però che un ittero passeggero che complichi la legatura dei dotti può turbare la curva dell'aumento di essa.

P. SISTO.

Abbonamento al "Policlinico" per l'anno 1915 con Premio speciale.

La nostra Amministrazione offre in Premio agli Abbonati al *Policlinico* l'importante opera:

Atlante di Anatomia Umana

Descrittiva e Topografica del Dott. CARLO HEITZMANN

grosso volume di 592 pagine in 8° grande e in carta di lusso contenente ben 789 figure colorate

2ª ediz. italiana (unica attualmente in commercio) al prezzo di L. 32

eseguita sull'ultima edizione tedesca

per cura del Prof. GIUSEPPE LAPPONI

alle seguenti condizioni:

Con lire 33 se per l'Italia e con franchi 48 se per l'Estero, si avrà:

a) l'abbonamento alla Sezione Medica, alla Sezione Chirurgica ed alla Sezione Pratica;
b) il volume di Premio gratuito ordinario: **Manuale di Oto-Rino-Laringoiatria pratica;**
c) il volume di premio: **HEITZMANN, Atlante di Anatomia.**

Con lire 28 se per l'Italia e con franchi 40 se per l'Estero, si avrà:

a) l'abbonamento alla Sez. Medica ed alla Sez. Pratica; oppure l'abbonamento alla Sez. Chirurgica ed alla Sez. Pratica;
b) il volume di Premio gratuito: **Manuale di Oto-Rino-Laringoiatria pratica;**
c) il volume di Premio: **HEITZMANN, Atlante di Anatomia.**

Con lire 23 se per l'Italia e con franchi 32 se per l'Estero, si avrà:

a) l'abbonamento alla Sezione Pratica;
b) il volume di Premio gratuito: **Manuale di Oto-Rino-Laringoiatria pratica;**
c) il volume di Premio: **HEITZMANN, Atlante di Anatomia.**

☞ *Coloro che desiderano approfittare di questa occasione, debbono inviare subito Cartolina Vaglia* ***ESCLUSIVAMENTE*** *al Professore* ***ENRICO MORELLI***, *Via del Tritone 46, ROMA.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La stenosi mesogastrica d'origine ulcerosa.

Osserva A. Mathieu nella *Gaz. des Hôpitaux* (12, V. 1914) che prima che la radioscopia portasse il suo valido ausilio alla clinica, come mezzo di ricerca, lo stomaco biloculare era una curiosità clinica, eccezionale, o una sorpresa di un'autopsia o d'una biopsia.

Con la radioscopia la diagnosi di biloculazione dello stomaco diviene estremamente facile anzi la difficoltà che subito sorge è quella di evitare gli errori sulla natura per la frequenza delle immagini di stomaco a clessidra.

La storia della stenosi mesogastrica d'origine ulcerosa, che determina la biloculazione gastrica è strettamente legata a quella dell'ulcera della piccola curvatura. In realtà siano esse spastiche, siano esse organiche da retrazione, le clessidre si vedono con la massima frequenza in tal genere di ulcere. Su 25 casi studiati dal Mazzoleri in 5 o 6 la biloculazione era da spasmo, ma persistente; in una ventina di casi la stenosi mesogastrica era vera, cicatriziale.

Di tutti questi casi 20 erano donne e 5 uomini, statistica strana, se si pensi che l'ulcera è due volte più frequente nell'uomo che nella donna. I malati, di età variabile dai 30 ai 45 anni, quasi tutti avevano una storia di sofferenze che datavano da 10 o 15 anni. Tra di esse si potevano identificare periodi di dolore parossistico, di durata anche lunga con tregue di completo benessere. Il dolore insorgeva in genere un po' tardi dai pasti, 3 ore circa dopo la ingestione degli alimenti, talora essi divenivano più precoci, se il parossismo doloroso si prolungava. Spesso questi malati nella loro storia ricordano chi melena, chi ematemesi, ma se pure questo sintoma è il più prezioso non è necessario per la diagnosi. Durante le crisi parossistiche spesso insorge vomito mucoso o acido, egualmente frequenti sono i vomiti alimentari. Eccezionalmente, se la saccoccia superiore è molto grande, possono comparire nel vomito dei residui alimentari del giorno prima.

Importa notare una particolarità del dolore, quale dall'A. è stata ritrovata nella quasi totalità dei malati controllati con l'atto operativo; il dolore il più delle volte è riferito in un punto situato nella regione epigastrica a sinistra.

Se si fa ingerire un pasto di bismuto al malato si assiste ad una serie di immagini assai caratteristiche: si formano due saccocce sovrapposte, talora esse si disegnano contemporaneamente, talora invece una dopo l'altra. In qualche caso si ha prima l'immagine d'una saccoccia situata molto in alto e lo stomaco sembra amputato verso la sua metà: ma dopo una ventina di minuti il quadro è cambiato, la saccoccia alta è scomparsa e non si trova più che una saccoccia inferiore. Facendo ingerire nuovamente del bismuto si vede disegnarsi anche la saccoccia superiore separata dall'inferiore da uno spazio chiaro.

Esaminando obbliquamente l'ammalato si può vedere che spesso un tratto nero riunisce a guisa di canale le due loculazioni: è l'immagine d'uno stomaco biloculare con un canale di riunione mesogastrico.

La figura può presentare un diverticolo impiantato sia sulla saccoccia superiore, sia sullo stretto canale di comunicazione; questo si disegna talora come una macchia di bismuto in apparenza indipendente dallo stomaco, talora come uno stretto canale d'impianto e di comunicazione. Qualche volta, se il diverticolo è grande, si può constatare una piccola bolla d'aria nella sua parte superiore. Talora l'immagine del diverticolo è determinata, più che dalla vera esistenza di esso, da una specie di piega cadente il cui livello discende al di sotto dell'orifizio superiore del canale di congiunzione: se si versa una quantità maggiore di bismuto questo prolungamento della saccoccia superiore, che è a carico d'ordinario della grande curvatura, tende a scomparire del tutto.

Ma se il bismuto scompare dalla parte superiore di questa saccoccia, allora si vede una macchia isolata che non sembrerà comunicante con lo stomaco ed avrà tutte le apparenze d'un diverticolo.

Molto utile per la diagnosi è lo studio della forma del canale che riunisce le due loculazioni: se si tratta d'uno spasmo che corrisponde alla parte media o più elevata della piccola curvatura, si trova una semplice intaccatura e un corto tragitto; se invece v'è una lesione stenosante il canale si presenta più o meno allungato. Questa figura però deve ancora lasciare in sospeso, se il canale si presenta come un tratto lineare diretto, perchè non si può essere sicuri della lesione organica ed escludere lo spasmo, mentre invece molta importanza acquista una certa tendenza del tratto di riunione a piegarsi a V o a Z, ed una serie di restringimenti e di dilatazioni che rendano irregolare la sua figura.

***

L'uso dell'atropina per iniezione o quello della papaverina *per os* può a breve distanza di tempo fare scomparire una clessidra funzionale, mentre non mutano una stenosi mesogastrica completamente organica; esistono però spasmi provocati dalla presenza d'un'ulcera della piccola curvatura, che sono fortemente persistenti, e che rappresentano quasi una fase intermerdiaria tra lo stadio dello spasmo prolungato e la stenosi definitiva.

Come terapia medica di questa affezione è consigliabile il regime severo dietetico, il riposo, le applicazioni calde, la belladonna e l'atropina; tutti mezzi palliativi, non decisivi.

I malati, a scadenza più o meno breve, finiscono per ricorrere al chirurgo; difficile è dire quale sia il metodo chirurgico d'elezione o quali siano i resultati lontani dell'intervento: si può limitare l'intervento alla liberazione dele aderenze oppure si può ricorrere ala resezione ovalare dell'ulcera, oppure alla gastroplastica (incisione longitudinale e sutura trasversale), infine si può stabilire una gastroenterostomia tra la saccoccia superiore e l'intestino tenue. Piuttosto che sottoporre il malato ad una grave, complessa, prolungata operazione (resezione), quando la lesione sia molto estesa è opportuno limitarsi alla gastroenterostomia.

In un certo numero di casi si è praticata la resezione circolare dello stomaco a livello della regione mesogastrica; si asporta la regione mediana dello stomaco e si sutura la parte superiore con la parte inferiore, così da ricostruire un largo canale di comunicazione tra le due saccoccie: in esso però è stata osservata da De Quervain e da Stierlin con la radioscopia, dopo l'atto operativo, la ricostituzione d'uno spasmo stenotico mesogastrico. Talora coesiste con la stenosi mesogastrica una stenosi pilorica: l'atto operativo sarà molto complesso poichè si tratterà di stabilire una larga comunicazione tra la saccoccia superiore e l'inferiore e di ristabilire la comunicazione tra saccoccia inferiore e intestino (gastroenterostomia).

T. PONTANO.

Le rettocoliti emorragiche erosive.

Ogni forma di colite può essere accompagnata da emorragie intestinali più o meno abbondanti: il Friedel descrive (*Arch. des Malad. de l'App. dig.*, 7 luglio 1914) una forma caratterizzata dal fatto dell'assenza di vere ulcerazioni: il sangue fuoriesce dalla mucosa stessa senza che esistano evidenti lesioni. Pare che l'emorragia si produca ad ogni contrazione peristaltica, che preme l'intestino come una spugna: le erosioni sono grandi come un capocchia di spillo e furono già osservate da altri autori (Nothnagel, Ewald ecc.).

Singer crede che un fattore etiologico non indifferente di tali forme sia costituito dalla sifilide, dalla tabe o dall'arteriosclerosi; il Rosenheim invece le mette in rapporto con qualunque infiammazione cronica lieve catarrale non ulcerosa.

La malattia colpisce per lo più individui tra i 30 ed i 40 anni con maggior frequenza durante l'estate e sarebbe dovuta ad un aumento di virulenza dei germi intestinali dipendente da varie cause.

La parte più frequentemente colpita è l'ansa sigmoide o la parte superiore del retto: la mucosa presenta un colore rosso vivo talora attenuato dalla presenza di un essudato fibrino-leucocitario biancastro: essa appare ispessita e cosparsa di piccole eruzioni puntiformi. La malattia si presenta per lo più in individui già da tempo costipati o affetti da colite cronica. Da principio il paziente ha 10-30 scariche sanguigne nelle 24 ore: ogni scarica è preceduta da dolori acuti e borborigmi: negl'intervalli tra le scariche si nota un dolore in corrispondenza dell'ombellico o nella regione lombo-sacrale. Esiste dolenzia alla palpazione del colon, specialmente nella sua porzione trasversa o discendente.

La durata della malattia è di 15-20 giorni: se il paziente si dà ad errori dietetici sopravvengono recidive che, per l'anemia che provocano, possono presentare un certo carattere di gravità. Non sono rare anche le pericoliti colle aderenze consecutive od anche una peritonite da perforazione.

Dal punto di vista diagnostico bisogna escludere un processo dissenterico, o lesioni ulcerative del retto o de lsigma. La terapia è locale.

P. A.

IGIENE.

L'isolamento dei tifosi negli ospedali.

Su tale questione si è intrattenuto il dott. L. Guerra-Coppioli alla Società Toscana d'Igiene.

Poichè i tifosi per mezzo della biancheria e degli oggetti, per mezzo dei famigliari, per mezzo degli insetti sono fonte di contagio, non si spiega il fatto che negli ospedali non siano in genere trattati alla stregua degli scarlattinosi, dei morbillosi, dei tubercolosi, ecc., ma vengano disseminati nelle sale tra i malati **comuni.**

In Germania la legge favorisce l'applicazione dell'isolamento dei tifosi in ospedali appositi finchè la malattia è in corso e in appositi padiglioni durante la convalescenza, che s'intende protratta finchè cessa l'emissione dei bacilli; prima di questo provvedimento si solevano trasportare i tifosi per la convalescenza nelle sale comuni soltanto 7 settimane dopo la caduta della temperatura.

Sistema analogo si segue nei paesi scandinavi, dove pure il convalescente viene sorvegliato in speciali padiglioni finchè continua ad eliminare bacilli.

In Inghilterra tale forma di assistenza speciale è più completa che altrove. Sino dal 1882 esiste a Londra un reparto per tifosi, ed ora in questa città vi sono 10 ospedali per infettivi, con 4827 letti corrispondenti nel 1881 al rapporto di 1 : 1000 abitanti.

Negli Stati Uniti si raggruppano i tifosi in una parte della sala comune. Questa forma di isolamento è insufficiente perchè il personale può sempre prestarsi a trasmettere l'infezione; i convalescenti che si avvicinano ai letti dei malati possono ugualmente divenire veicoli; i visitatori non possono in queste sale comuni esser governati dalle norme rigorose necessarie pei reparti d'isolamento.

In Italia, dove pure la mortalità per tifo è così alta da mantenerci al poco ambito onore del secondo posto in Europa, pochissime norme si applicano per l'isolamento del tifoso, sia per ciò che riguarda il trasporto all'ospedale, sia per la sua separazione nell'interno dell'ospedale e meno ancora per la difesa contro i portatori!

Legati come si è ancora ai monumentali vecchi edifici, alle infermerie vaste e lunghe come immensi saloni di una mostra agricola, dove si addossano centinaia di letti in una colpevole promiscuità, i tifosi, come spesso ancora i tubercolotici, sono per lo più disseminati fra i malati comuni o raccolti in una parte della sala, e per le dimissioni si bada solo al criterio clinico, astraendo dalla possibilità di trovarsi di fronte a portatori, i quali vanno a disseminare il contagio. Degli ospedali civili pochi fanno eccezione a questo disagio comune. Se ne eccettuano per disposizione regolamentare encomiabile gli ospedali militari.

Agli uffici di igiene provvedimenti di ospitalizzare al più presto il tifoso e preoccuparsi dell'ambiente lasciato dal malato e dalle persone che lo circondano; nell'ospedale isolamento del malato e del convalescente in reparti speciali: questo è, secondo l'A., da farsi da noi.

L'A. accenna poi alle esigenze edilizie di questi reparti d'isolamento pei tifosi, di osservazione e di sorveglianza pei convalescenti. Si dovrà adibire al servizio del personale scelto, al quale non si dovrebbe, a suo avviso, esitare a praticare la vaccinazione antitifica, come in Francia, dove è già abituale, quantunque facoltativa, sul personale degli spedali di Stato e delle colonie.

Vorrebbe norme rigorose per i visitatori e la possibilità di render innocuo tutto il materiale pericoloso quale agente di diffusione.

Per i portatori consiglia di applicare le norme generali del soggiorno in ospedale almeno per 10 settimane dall'inizio della malattia, come si tende a stabilire negli Stati Uniti.

Applicando norme d'igiene e isolamenti rigorosi si potrà con speranza di qualche esito combattere il contagio.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(620) *Cura chirurgica della gastro-ptosi.* — Ho attualmente fra i miei clienti due casi di ptosi gastrica, che poco giovamento hanno avuto dai cinti e dalle cure mediche (per non dire proprio nessuno).

Uno di essi è giovane ed è ancora in buono stato di nutrizione, l'altro di circa 45 anni ed in stato di notevole dimagramento da deficiente nutrizione.

Sarei grato a codesta spettabile Redazione se volesse rispondermi o nella « Posta degli abbonati », o anche privatamente quale cura (chirurgica, s'intende) sarebbe più consigliabile per tali casi.

Nel caso la mia domanda non fosse fra quelle cui si può rispondere, sarei oltremodo grato se volessero farmi sapere dove posso trovare qualche monografia sulle ptosi gastriche riguardo specialmente alla loro cura.

Ringraziamenti.

Dev.mo Abbonato N. N.

L'opportunità di un intervento chirurgico nella ptosi gastrica è molto discussa: da una parte i chirurgi ne sono fautori convinti come il Rovsing, d'altra parte nel campo dei medici che hanno opportunità di seguire i malati per lungo tempo dopo l'operazione, esiste un maggiore scetticismo.

Senza dubbio la patogenesi del disturbo gastrico nelle ptosi è dei più complessi e mancano quindi indicazioni operatorie precise. L'argomento è ancora allo studio: in varii operati da me studiati ho notato quasi costantemente dopo l'operazione un miglioramento: non ho avuto però campo di osservarli per lungo tempo dopo l'operazione.

L'argomento è svolto dal suo punto di vista critico in modo completo in una monografia del Burkhardt pubblicata negli « Ergebnisse der Chirurgie und Orthopedie », vol. IV, e dal punto di vista tecnico nel libro del Rovsing uscito qualche mese fa: « La terapia chirurgica della gastroptosi ».

P. ALESSANDRINI.

(621) *Ancora sulla cura della pustola maligna.* — Il collega E. Lupino aggiunge alle nostre brevi note il contributo della sua pratica: egli incide la pustola, cauterizza, e ordina impacchi di sublimato. Nei casi gravi pratica iniezioni endovenose di sublimato e « solo in casi rarissimi mi è occorso di praticare una terza iniezione » perchè gli ammalati già dopo la prima o la seconda iniezione si possono considerare guariti.

Ricordiamo al collega che la sua tecnica di poco differisce da quella che comunemente si pratica dappertutto, e specialmente nota perchè fin da tempi lontani è in uso a Beauce, in Francia, località dove l'affezione è molto frequente. Ricordiamo che dopo numerosi tentativi fatti a Roma e dappertutto, quando il sublimato ha avuto il suo quarto d'ora di celebrità, questo rimedio s'è dovuto riconoscere privo di qualsiasi potere bactericida (per gli schizomiceti noti); ricordiamo infine che la nostra esperienza ospedaliera riguarda sopratutto malati che provengono dalla provincia, inviati dai medici locali, in grave stato, quando ogni genere di terapia, a diretta portata, ha fallito.

t. p.

(622) *Terapia delle emorroidi.* — Prego indicarmi se la terapia fisica nella cura delle emorroidi meriti la fiducia del medico.

Con osservanza e ringraziando.

Desio (Milano).

Abbonato 10308.

Il Rotter dà le seguenti indicazioni per l'operazione radicale delle emorroidi:

1° emorragie ripetute ed abbondanti, senza aspettare che l'anemia si faccia grave;

2° facile prolasso delle emorroidi interne, anche al difuori delle defecazioni, e difficoltà nella loro riposizione;

3° frequenza nelle complicanze di stati infiammatorî, e gravi dolori nella defecazione.

Al di fuori di queste condizioni, la cura palliativa è sempre consigliabile, e tra i mezzi di cura hanno certo grande importanza i mezzi fisici (dai pessari a manubrio, alle docce fredde, al massaggio, ecc.). D'ordinario, anche quando sia associata una conveniente igiene dietetica, e sia resa facile l'evacuazione dell'intestino, non si ottiene la guarigione anatomica della varice emorroidaria, ma si stabilisce una condizione di relativo benessere, che rende inutile un intervento chirurgico radicale.

t. p.

(623) *Sul farmaco-dinamismo dell'atophan.* — Gradirei risposta nella rubrica apposita del *Policlinico* (sez. pratica), « Posta degli abbonati » al seguente quesito:

« Quale è l'azione farmaco-dinamica dell'athophan (acido fenil-chinolin-carbonico) e se il suo uso prolungato può riuscir dannoso ed a quale organo ».

Dott. Giuseppe M. Nobili.

Una esauriente spiegazione sul meccanismo d'azione dell'atophan non è ancora data. Secondo Weintrand l'atophan renderebbe più mobile l'acido urico e quindi più facilmente eliminabile, secondo Klemperer (*Therap. d. Gegenw.*, 1913, n. 6, 257) si avrebbe azione sull'artrite urica senza che l'acido urico sia reso più mobile. Secondo Biberfeld (*Zeit. für exper. Pathol. u. Therap.*, vol. 13, fasc. 2, p. 301), l'athophan aumenterebbe l'eliminazione dei fosfati, mentre le purine, come ad es. l'acido urico, non sarebbero eliminate più rapidamente. Pare che l'azione dell'athophan debba interpretarsi come antiflogistica ed analgesica.

X.

(624) La prego indicarmi un rimedio onde togliere quel colorito nerastro dagli incisivi di due miei clienti. Tale colorazione menoma di molto l'estetica del viso, specie nella giovinetta. Le sarei grato se volesse, sulla « Posta degli abbonati », darmi una esauriente risposta.

Colla massima stima

Dev.mo B. M.

Faccia una pasta con polvere di pomice *finissima*, glicerina e tintura di iodio, l'applichi sulla superficie dei denti, dai quali vuol togliere il colorito nerastro e ve la strofini fortemente e lungamente con la punta tagliata a bietta di un bastoncello di legno dolce (abete, gàttice, ecc.) del diametro di circa mezzo centimetro.

Se il deposito nerastro è formato da tartaro duro, prima di fare la descritta pulitura bisogna cercare di asportarlo con uno strumentino adatto.

Lo specialista in odontoiatria dispone di altri mezzi per pulire i denti.

A. C.

(625). Mi interessa sapere nella « Posta degli abbonati » se evvi un'operetta non più in là del francese che tratti dal lato storico la *puericoltura* (come si allevavano fra le nazioni antiche i neonati) ed una che tratti della psicologia del neonato in rapporto (oltre lo Czerny, il Concetti) all'apparire successivo dei diversi sentimenti.

E d'ogni opera dove posso acquistarla e quale sia il prezzo. Con ogni ringraziamento.

Maleo (Milano).

Dev.mo: Dott. Ferruccio Cicardi.

Una vera e propria storia della puericultura non conosciamo; esistono dei cenni in varie opere a cominciare dalla tesi dottorale di Gio. Pietro Frank: « De educatione phisica infantum » (intorno al 1760) sino alle recenti opere francesi: « Introduction à la Médecine des enfants », Hygiène, allaitement, croissance, puberté (Marfan, Andérodias, Cruchet), Paris, 1909, pag. 476. — « La puéricolture, hygiène et assistance » (G. Eustache), 1903, di pag. 312. — « Puériculture du premier âge, l'allaitement maternel » (G. Champion), 1905, di pag. 240. — « La protection des enfants du premier âge » (A. Courtault), 1894, di 140 pag. — « Protection et assistance de la première enfance » (R. Goeppert), 1904, di 168 pag. — Cenni su l'educazione fisica dei greci nella infanzia si trovano nel libro di M. Jerace « La ginnastica nei suoi rapporti con l'arte greca » (ed. Bocca).

Quanto alla psicologia del neonato, consigliabile è « Le premier éveil intellectuel de l'enfant » di Edmond Cramaussel (Paris, Alcan, 1911) o anche «Il Rinascimento educativo » di V. Vitali, pubblicato nella « Piccola biblioteca di scienze moderne » di Bocca.

gb.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. LESURE. *La sterilizzazione dei liquidi iniettatabili.* Società Editrice Libraria, Milano, 1914. L. 6.

Oggi che la pratica delle iniezioni sottocutanee ha avuto una diffusione pratica fin quasi eccessiva, questo manuale riuscirà di grande utilità al farmacista che spesso ha da superare difficoltà non lievi nella preparazione e nella sterilizzazione delle sostanze medicamentose più svariate.

Nella prima parte di questo volume l'A. studia ed esamina i varî metodi di sterilizzazione in generale: gli antisettici, il calore secco ed umido, l'elettricità, la filtrazione, la luce, l'ozono, i raggi ultravioletti, ecc.

Nella seconda parte si ha l'applicazione pratica e particolareggiata dei precedenti principî alla sterilizzazione dei singoli liquidi iniettabili.

Un capitolo speciale è dedicato alle incompatibilità che si osservano nella sterilizzazione delle varie sostanze, ed ai rimedî migliori atti ad ovviare ad esse.

p. s.

A. SKUTETZKY u. E. STARKENSTEIN. *Die neueren Arzneimittel.* 2e Aufl. Un vol. in-8° picc. di pag. 475. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1914. Rilegato Mk. 12.

Tra le moltissime specialità che invadono la medicina molte meritano di essere conosciute ed apprezzate. Intorno ad un migliaio di esse, tutte della Germania, dell'Austria o della Svizzera, gli AA. hanno riunito le azioni farmacologiche, le applicazioni terapeutiche, le indicazioni ed i risultati che è stato loro possibile di attingere consultando la lettura, specialmente tedesca. Vi hanno aggiunto le nuove indicazioni dei medicinali già noti.

Ne è derivato uno studio diligentissimo e molto utile, che permette di rendersi conto in breve dello stato attuale delle nostre conoscenze intorno a ciascun medicinale. Di più offre larghe indicazioni bibliografiche. Non sono trascurate neppure le notizie sui produttori e sui prezzi. Il lavoro esce ora nella sua 2ª edizione.

R. B.

H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. *Formulaire des médicaments nouveaux, pour 1915.* Un volume in-32° di pag. XX-334-146. Paris, J. B. Baillière et Fils, 1915. Prezzo fr. 3.

Per questa 27ª edizione del diffusissimo suo formulario, l'A. si è dovuto contentare — in ragione delle attuali gravi circostanze politiche — di una semplice ristampa, alla quale ha fatto precedere un breve supplemento.

Uno degli scopi che l'A. si è prefisso viene così esposto nella prefazione: « ... i medici di tutte le nazioni civili si terranno ad onore di rigettare tutti i prodotti dell'industria tedesca, dai quali la farmacia era stata inondata. Il nostro formulario permetterà ai pratici di sbarazzarsi di tutto questo ingombro, senza sacrificare con ciò l'interesse dei malati. Essi non avranno che da prescrivere il nome classico ed i farmacisti che si saranno procurati i prodot-

ti nelle fabbriche francesi potranno eseguire le ordinazioni. Non dovranno far altro che riferirsi al « Repertorio dei sinonimi », ove diamo il nome chimico corrispondente al nome depositato »....

L'A. dà però tutte le indicazioni relative ai prodotti tedeschi, di cui alcuni hanno dei pretesi equivalenti (salvarsan = ectina) ma non certo dei sinonimi.

R. B.

Index de Merk, 4ª ediz., 1 vol. in-8° gr. di pag. 514, a doppia colonna. Presso E. Merck, Fabrica di Prodotti chimici. Darmastadt, 1914. Rilegato.

È un catalogo ragionato delle moltissime preparazioni della Ditta Merck. È destinato a servire di commentario ai prezzi correnti e ad offrire immediatamente una risposta netta e precisa a questioni multiple della pratica medica. Le tre edizioni precedenti furono pubblicate in tedesco; l'ultima, di 15,000 copie, si è presto esaurita; quella attuale, in francese, avrà ancora più larga diffusione.

R. B.

VARIA.

Lo stimolo genitale. — Nel *Bulletin Médical* (11 luglio 1914) il dott. Chep pone il quesito se sia un pervertimento morale la consuetudine di certe nutrici di maneggiare gli organi sessuali dei bambini loro affidati.

Sospetta che questa pratica ubbidisca ad impulsi segreti della natura, in quanto che strette relazioni intercedono fra le funzioni gastriche e quelle genitali e gli eccitanti genesici possono comportarsi da eccitanti della secrezione gastrica. Viceversa basta anestetizzare lo stomaco mediante la cocaina o l'oppio, perchè l'erezione venga resa impossibile.

Egli ricorda di aver osservato, al Tonchino, una madre annamita che manifestava in modi non dubbi un affetto vivissimo verso la sua creaturina e che pure non si limitava a palparne e accarezzarne gli organi genitali, ma a volte eseguiva una toelette che ricordava assai davvicino quella di certi animali domestici. E l'A. menziona in proposito una sentenza letta nel giornale del de Goncourt: « i piccoli pudori non esistono per le madri: queste sono come le sante e le religiose, al disopra della donna ».

L'A. presume che quest'azione stimolante debba ripercuotersi sulle funzioni generali della vita.

Adduce varie citazioni per comprovare il suo assunto. Così Brown-Séquard ha confessato che in lui l'eccitazione tattile degli organi genitali (*sic*) facilitava il lavoro intellettuale!

Nè, secondo l'A., ci sarebbe da sorriderne, dacchè Féré avrebbe dimostrato sperimentalmente l'azione dinamogena delle impressioni sensoriali ed avrebbe riconosciuto l'aumento della tensione arteriosa che vi consegue. Lo stesso Balzac, uno degli ingegni più potenti e più fecondi che l'umanità abbia posseduto, ha fatto uso di questa eccitazione speciale, sia pure con prudenza: ecco ciò che Ed. de Goncourt ha scritto a tale riguardo: « Paolo Lacroix mi conferma la notizia confidenziale che Gavarni mi aveva data sull'economia che Balzac portava nell'amore fisico. Per lo più egli non ne traeva che un'eccitazione discreta, misurata, si limitava ad un giuoco *à la petite oie*, considerando l'emissione del seme quale una vera perdita di sostanza cerebrale. È così che, in occasione di una maledetta mattinata, in cui egli aveva dimenticato le sue teorie, giunse presso Latouche gridando: « ho perduto un libro, questa mattina »!

R. B.

Sesso e longevità. — Un problema interessante è quello di vedere in qual rapporto sta la longevità colla popolazione, ed in quale misura vi prendano parte i due sessi. Il dott. Greveh si occupò della questione in occasione del censimento fatto nel 1910 a Mülhausen. Secondo questo censimento, la città conta 35,083 abitanti, dei quali 16,767 appartengono al sesso maschile, e 18,311 al femminile. Avevano raggiunto i 70 anni: 396 uomini e 554 donne, in tutto 950; gli 80, 68 uomini e 113 donne, in tutto 181 persone; avevano sorpassato i 90, 5 donne. Degli uomini, il più vecchio aveva raggiunto gli anni 89. Le donne adunque, e questo è un dato altre volte constatato, sono più longeve.

Secondo le statistiche di Stato, il rapporto del sesso alla popolazione, è il seguente per le varie età:

Da 1 anno uomini 53.3 %, donne 48.7 %; da 25 anni uomini 50.3 %, donne 49.7 %; da 50 anni uomini 49 %, donne 51 %; da 75 anni uomini 45.1 %, donne 54.9 %.

Il dott. Kreveh volle conoscere personalmente taluni di questi più longevi, nonagenari o quasi, e dalla sua inchiesta vennero dei risultati paradossali.

Nelle donne trovò che fra le più vecchie, fra i 73, 74 e 75 anni, talune avevano avuto 11, 12, 15 figli!; altre di 81, 82, 85 anni, 8, 9, 16 figli! e donne di 91, 94 anni avevano avuto 12, 15 figli! (Da *La Vita Sanitaria*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Dai luoghi dei martiri e degli eroismi.

Avezzano, 15 febbraio 1915.

L'opera pietosa di soccorso ai feriti, di disseppellimento dei sepolti è finita. Dalle macerie di queste necropoli scaglionate sulle pendici di questo meraviglioso anfiteatro non si traggono fuori che brandelli di carne, cadaveri orribilmente sfracellati, cadaveri di persone illese negli atteggiamenti i più vari, i più strani, di persone fissate dal cataclisma nel loro ultimo gesto di terrore, nell'atto di salvarsi o di salvare i loro cari.

Il collega dottor Gasparri è stato trovato in camice nella sala operatoria dell'ospedale di Avezzano accanto al cadavere dell'infermo che egli stava operando.

Le macerie non rendono ora che cadaveri, sempre cadaveri. Ogni speranza di trar fuori dei vivi è finita: non s'ode più alcun lamento, nessuna invocazione di soccorso, quelle voci che nei primi giorni ci laceravano le orecchie, ci straziavano l'animo, che ci davano il tormento della nostra impotenza.

Il lavoro sulle macerie va diminuendo, mentre sempre più intenso, più alacre ferve il lavoro attorno alle necropoli, il lavoro per dar ricetto allo scarso e triste residuo di questi popolosi paesi, ai superstiti che malgrado tutto rimangono qui attaccati alla memoria della loro casa, al loro Fucino che compensava così generosamente le loro fatiche, e che ora ha causato tanto lutto, tanto dolore.

È gente triste, che ha ancora sul volto e nel contegno le tracce della paura e del dolore, è gente che spera ed attende ma non sa che cosa e da chi.

La gente d'Abruzzo non ha manifestato, o forse non ancora, quello strano fenomeno di cui fanno cenno il Colletta nella sua storia del reame di Napoli ed il Pagano nel suo appendice ai saggi politici, rievocata l'anno scorso all'accademia di Bologna dal prof. del Vecchio. Il Colletta ed il Pagano narrano che poco tempo dopo il terremoto che devastò Messina e gran parte delle Calabrie nel 1803 i superstiti si abbandonarono ad una gioia smoderata, alla più pazza libidine. Anche il Gabbi nei superstiti del terremoto calabro-siculo notò un'eccitazione sessuale abnorme. Ma qui, nella Marsica e nella Campania, no, alla distanza di un mese c'è ancora la stessa atmosfera di tristezza.

Come dicevo, attorno ai paesi distrutti, e sopra tutto in prossimità delle stazioni ferroviarie, ferve il lavoro di costruzione di baracche di ogni tipo e di ogni grandezza.

Saranno costruite, mi si assicura, anche le case per i medici, ma finora i progetti fatti al riguardo non sono ancora nè in corso, nè al principio di esecuzione.

Il comm. Lutrario ha ideato un tipo di baracca che possa funzionare da ospedaletto, da ambulatorio e da alloggio per il medico. L'ottima idea è stata concretata anche in un analogo progetto, del quale pubblichiamo appresso i disegni. Della costruzione di queste baracche, dovrebbe occuparsi il genio civile, e speriamo che la Direzione generale di sanità saprà vincere i soliti indugi burocratici e superare tutte le difficoltà, perchè presto si passi dallo stato di progetto a quello della esecuzione. Anche la Croce Rossa avrebbe deciso di donare ai comuni maggiormente colpiti dal disastro tellurico delle case antisismiche di carattere permanente da usarsi come alloggio dei medici condotti e loro famiglie, e come ambulatori. Anche questa decisione merita plauso, e anche più ne meriterebbe la Croce Rossa se all'annunzio dato ai giornali si facesse seguire rapidamente la esecuzione della ottima deliberazione presa.

Ad ogni modo è bene che la Direzione generale di sanità, e per essa il Genio civile, da una parte, e la Croce Rossa dall'altra, non s'indugino nella illusione che non provvedendo l'una istituzione alla sorte dei medici provvederà l'altra. Sarebbe il caso di lamentarsi dell'abbondanza.

I medici di questi comuni da più di un mese vivono in condizioni disagiatissime e non si può ulteriormente trascurare di provveder loro un alloggio qualsiasi. Nel numero precedente esprimemmo la fiducia che la Direzione generale di sanità avrebbe anche in tal senso fatto di tutto per migliorare le condizioni dei nostri colleghi, ed in questa fiducia siamo ora confortati dai provvedimetni con lodevole premura già adottati.

Ho parlato con parecchi medici di questi comuni; essi mi hanno confermato di essere stati assunti dallo Stato come medici condotti provvisori dei comuni colpiti con stipendi mensili che variano dalle 450 alle 600 lire.

Essi stessi mi hanno incaricato di ringraziare il « Policlinico » per la campagna fatta per difendere i loro giusti interessi, e di ringraziare a mezzo del giornale il comm. Lutrario per quel che ha già fatto in loro favore e per quel che ha promesso ancora di fare.

Certo il comm. Lutrario ha meritata tale riconoscenza: egli per i medici, come per i vete-

rinarî, i farmacisti, le levatrici di tutta la zona colpita, ha fatto quanto gli era possibile per migliorarne le sorti.

Ma oltre a ciò, superata la fase del soccorso urgente ai feriti, ha provveduto ad una perfetta organizzazione di tutto il servizio di vigilanza igienica e di assistenza sanitaria reclamata dalla necessità di difendere le popolazioni superstiti contro il pericolo di manifestazioni infettive e di assicurare loro i mezzi di cura medica e farmaceutica.

A Tagliacozzo, dove le condizioni di vita sono quasi normali, è stato istituito un magazzino di materiale profilattico e di medicazione, nonchè di un'abbondante scorta di medicinali, materiale che a mezzo di camions è trasportato nei luoghi dove ne occorre l'impiego.

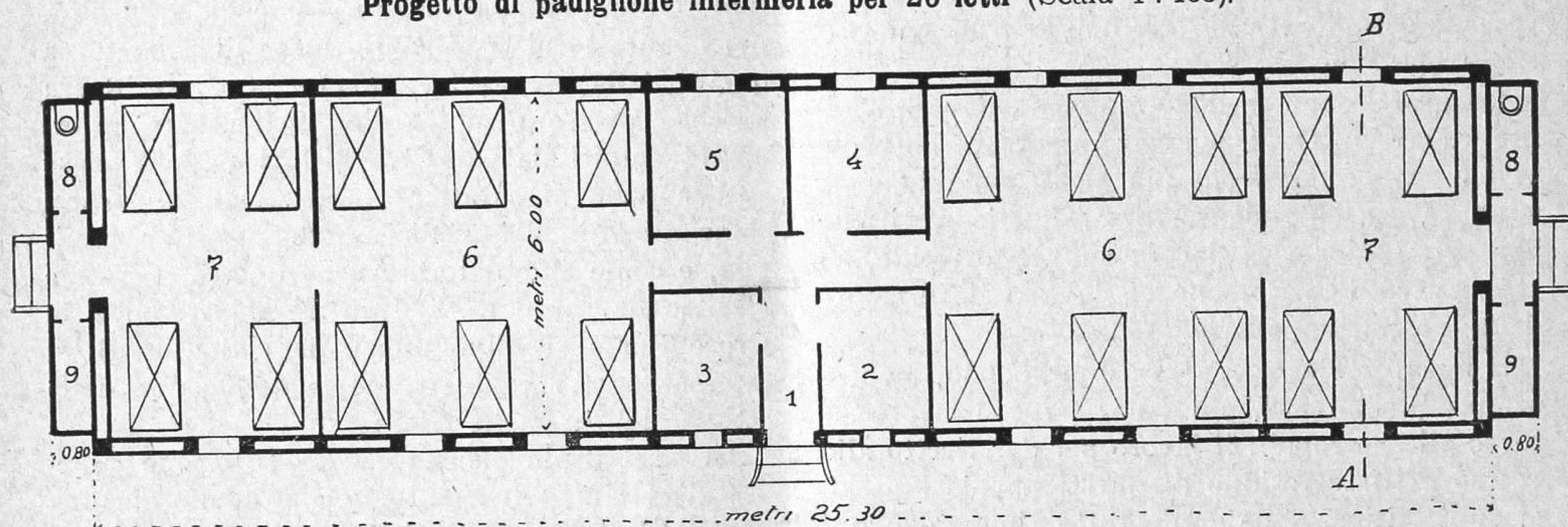
Ad Avezzano, dove risiede il dirigente di tutti i servizi sanitari, che attualmente è l'ispettore di sanità comm. Iatta, è istituito un laboratorio batteriologico e chimico per le analisi e le ricerche più urgenti relative alla vigilanza igienica sulle acque, sugli alimenti, sui medicinali, come per le necessarie indagini diagnostiche.

Ad Avezzano stessa è stato costituito un ospedale civile con un padiglione Docker, cui è stato preposto l'unico medico superstite di questo paese, il dottor Corbi.

A tutte queste provvidenze igienico-sanitarie si deve certo in gran parte attribuire il fatto che malgrado la eccezionale inclemenza della stagione, e le disastrose condizioni di vita, lo stato di salute di queste popolazioni si mantiene ottimo.

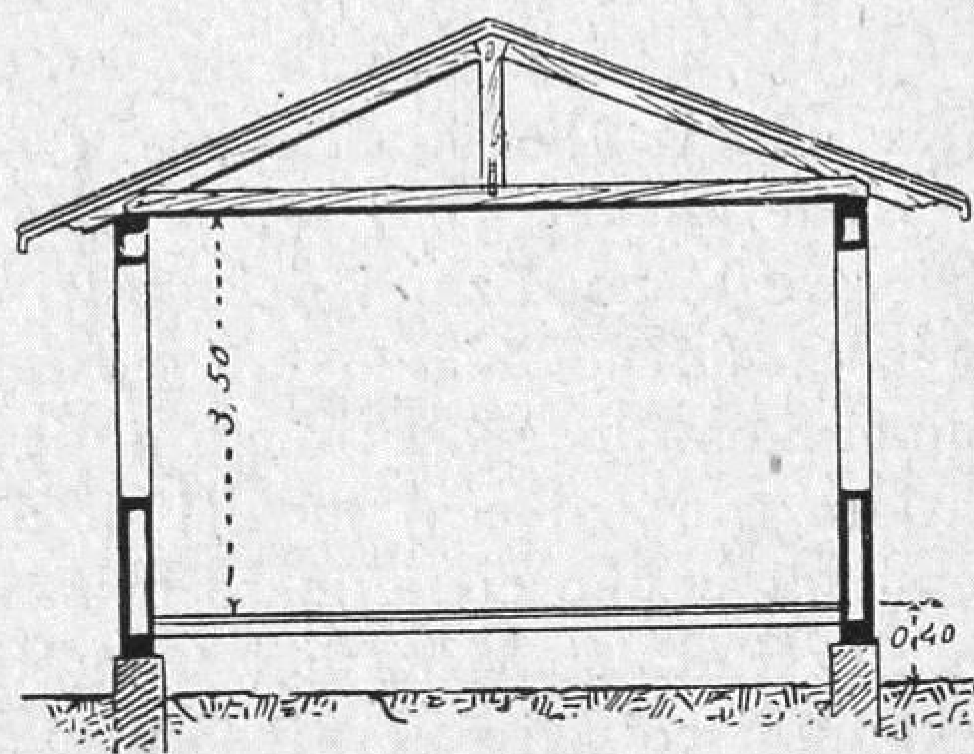
DR.

Progetto di padiglione infermeria per 20 letti (Scala 1 : 100).

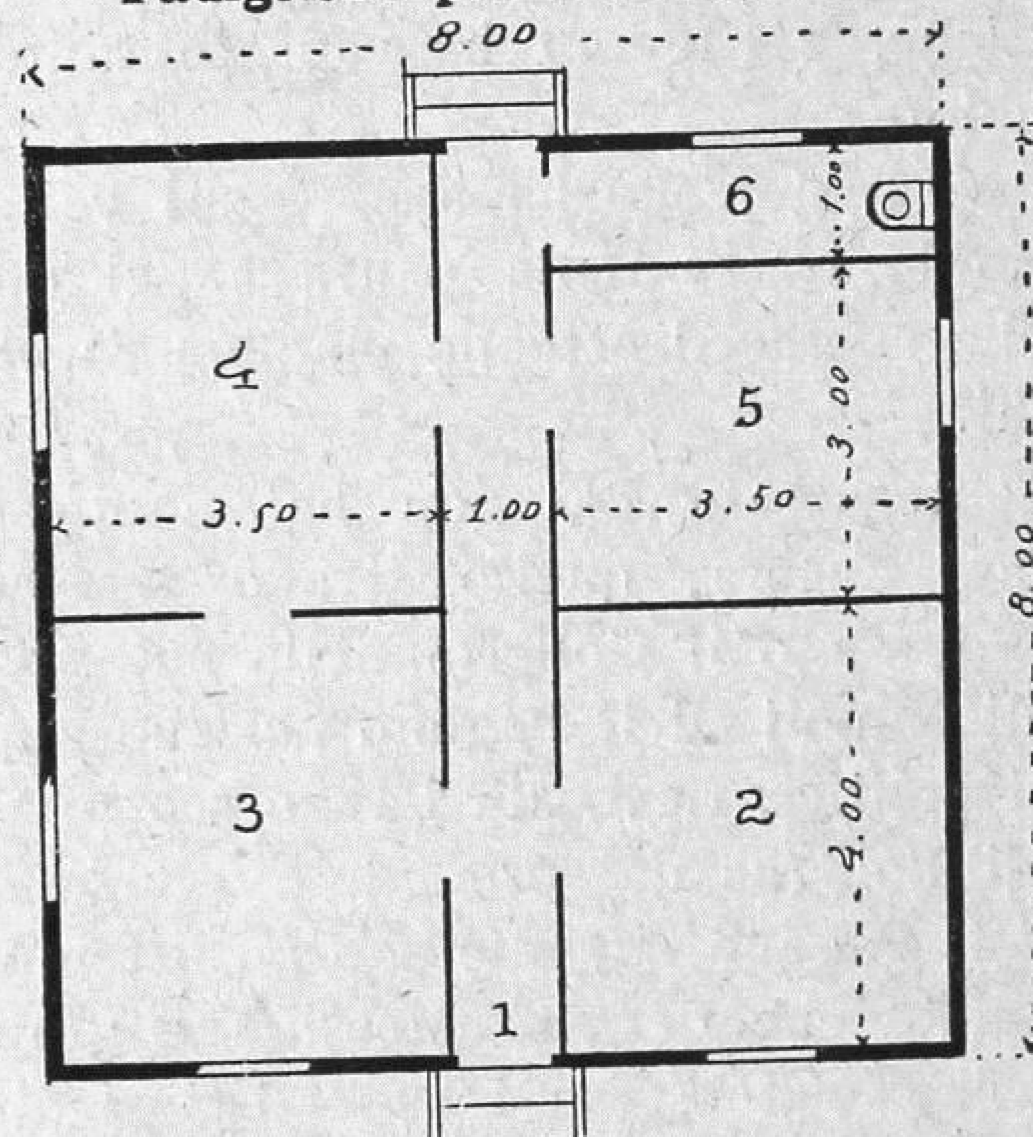


1 Ingresso. — 2 Medico. — 3 Infermiere. — 4 Bagno, lavandini, scaldavivande, ecc. — 5 Camera d'isolamento. — 6 Infermerie per 6 letti. — 7 Infermerie per 4 letti. — 8 Latrine. — 9 Locali di pulizia.

Padiglione per l'ambulatorio.



Sezione A.B.



1 Ingresso. — 2 Camera d'aspetto. — 3 Camera medico. — 5 Deposito medicinali. — 4 Magazzino. — 6 Latrina-lavandino.

Siamo all'ultima ora informati che l'on. Salandra, ministro dell'interno, ha ricevuto dai medici della Marsica il seguente telegramma:

S. E. Salandra — Medici Marsica superstiti tremenda catastrofe prestando tuttora la loro opera umanitaria commossi benevola considerazione usata loro luttuoso grave momento ringraziano vivamente mio nome V. E., esprimono parimenti doveroso plauso Sanità pubblica che malgrado luoghi e tempi difficilissimi ovunque accorre lenire confortare sofferenti. — Dott. Antonio Corbi.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5046) *Sessenni.* — Il dott. G. V. da M. espone che nominato nel dicembre 1909 assunse servizio come medico condotto nel marzo 1910 con lo stipendio di lire 3000. Nel 1911 ebbe un aumento di lire 500. Nel 1912 un altro aumento di lire 200. In questa epoca andò in vigore l'organico per tutti gli impiegati comunali col quale vengono concessi ad essi sei triennii di 1/20 l'uno sullo stipendio fissato nell'organico. Un articolo di questo dice che i triennii incominciano a decorrere dal giorno della assunzione in servizio. Desidera conoscere quando comincia per lui il diritto all'aumento sessennale.

Poichè l'organico che dava diritto all'aumento sessennale entrò in vigore in epoca posteriore ai conseguiti miglioramenti di stipendio, e poichè esso accorda il diritto stesso agli impiegati in carica a decorrere dal giorno della loro assunzione in servizio, non sembra dubbio che il primo sessennio Ella avrebbe dovuto conseguirlo nel marzo 1913.

(5047) *Direttore d'ospedale - Infermità - Pensione.* — Il dott. O. M. da P. S. G. chiede conoscere a chi spetta la nomina del Direttore dell'ospedale e con quali modalità; se un medico condotto che lascia il servizio dopo dieci anni per malattia abbia diritto ad indennità da parte della Cassa pensioni, e se e quale trattamento compete qualora la malattia fosse contratta in servizio.

La nomina del Direttore medico dell'ospedale spetta alla medesima Commissione ospedaliera. Questa può procedervi o per nomina diretta o per concorso. In questo ultimo caso si nomina apposita Commissione tecnica per formulare una graduatoria fra i varii candidati e dare criterio sicuro di scelta da parte della amministrazione. Il medico che lascia il servizio per infermità non contratta in servizio, dopo aver esercitato per un numero di anni superiore a 10 ma minore di 24 e 6 mesi, ha diritto ad una indennità per una sola volta ragguagliata ai due terzi del capitale accumulato sul conto individuale. Il medico condotto che lascia il servizio per infermità contratta in servizio o a causa del medesimo ha, per converso, diritto a pensione. Detta pensione è fissata nella misura minima di annue L. 900.

(5048) *Medici della Croce Rossa.* — Il dott. F. P. da O. S. M. desidera conoscere se ai medici della Croce Rossa, chiamati in servizio per guerra od altra pubblica calamità, è conservato il posto di medico condotto con o senza stipendio.

Noi riteniamo che se la Croce Rossa mobilitasse, dovrebbe tal fatto essere considerato come una mobilitazione militare in tempo di guerra. Al pari degli ufficiali medici ordinarii, quelli della Croce Rossa dovrebbero quindi essere considerati come in congedo per tutta la durata della guerra e per ogni effetto di legge, e ciò ai sensi dell'articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili. Dovrebbe, pertanto, essere conservato il posto e lo stipendio.

(5049) *Pensioni.* — Il dott. D. A. da L. V. desidera conoscere se avendo fatta la cessione del quinto dello stipendio, quale somma dovrà annualmente pagare sulla pensione che liquiderà dal Comune, alla cui cassa di previdenza è inscritto; quale pensione liquiderà a mente del regolamento comunale e se vengano esclusi dal periodo utile per la pensione i congedi straordinarii ottenuti per infermità.

In base alle disposizioni contenute nel regolamento comunale ed al numero degli anni di servizio che Ella ha prestati, liquiderà l'annua pensione di lire 1559.80. Su questa somma dovrà rilasciare il quinto per la fatta cessione in L. 44 mensili. La pensione stessa è colpita dalla tassa di ricchezza mobile che, per tutto l'esercizio 1915-916, è pagata in ragione di L. 8.625 %. Sul suo stipendio dovrà pagare annue L. 134.73, oltre l'aggio all'esattore.

I congedi straordinari ottenuti per infermità, di qualsiasi durata essi sieno, vengono computati nel periodo utile per la pensione.

(5050) *Stabilità - Decorrenza.* — Il dott. M. S. da A. desidera conoscere se essendo in servizio dal 17 maggio 1913 acquisti la stabilità virtuale col 17 febbraio corrente, non ostante che il capitolato del Comune stabilisca come termine utile di licenziamento due mesi prima della scadenza del biennio.

Il termine di tre mesi per il licenziamento a fine di prova è stabilito dalla legge (articolo 32 testo unico). Non può pertanto essere modificato o corretto da regolamenti locali, i quali, in quanto contengono disposizioni contrarie alla legge, sono per quella parte irremissibilmente nulli. Ella quindi, decorso il 17 volgente febbraio, non può essere più licenziato e diventa virtualmente stabile.

(5051) *Ufficiale sanitario - Dipendenza dal Sindaco.* — Il dott. G. P. da C. M. desidera conoscere in quali casi l'ufficiale sanitario è alla dipendenza del Sindaco ed in qual modo tale dipendenza si esplichi in concreto.

Il Sindaco, come ufficiale del governo, deve, ai termini dell'articolo 150 n. 3 della vigente legge comunale e provinciale, provvedere a tutti gli atti che sono necessarii per garentire la salute e l'igiene pubblica. Oltre a ciò, per effetto dell'articolo 1 del testo unico delle leggi sanitarie, è attribuita al Sindaco la tutela della salute pubblica. Nell'esercizio di tali funzioni, il Sindaco si serve dell'opera dell'ufficiale sanitario,

il quale deve aderire alle sue richieste o a voce od in iscritto, a seconda dei casi, per l'obbligo che gli deriva dall'art. 21 del precit. testo unico.

(5052) *Croce Rossa.* — Al dott. L. S. da C. rispondiamo che in caso di mobilitazione della Croce Rossa i medici condotti che facessero eventualmente parte della istituzione sono considerati in congedo per tutti gli effetti di legge ai sensi dell'articolo 20 del testo unico dello stato giuridico degli impiegati civili dello Stato.

(5053) *Nomina ad ufficiale sanitario.* — Il dottor V. D'A. da I. desidera conoscere se il Prefetto possa o debba concedere la nomina definitiva ad ufficiale sanitario a seguito del parere favorevole del Consiglio provinciale di sanità.

Il Prefetto *può, non deve* dispensare dal concorso e dal periodo di prova l'ufficiale sanitario, che avesse fatto prima del 1912 tre anni di buon servizio anche in base a nomine provvisorie. Ordinariamente i Prefetti si uniformano al parere tecnico dato dal Consiglio provinciale sanitario. Se ne discostano solo quando concorra nel caso qualche difficoltà legale, sulla di cui entità ed importanza non può certamente interloquire lo ufficio sanitario. E noi dubitiamo che la sospensione della di Lei nomina sia derivata dal fatto che l'altro concorrente abbia dimostrato la circostanza che Ella era medico condotto e, quindi, non in condizione di usufruire bel beneficio di cui all'articolo 206 del testo unico delle leggi sanitarie.

(5055) *Pensioni.* — Il dott. G. T. desidera conoscere se il Consiglio comunale avea la facoltà di trattare difformemente il medico condotto ed il segretario comunale accordando un aumento di stipendio a quest'ultimo come effettivo aumento ed al primo come assegno *ad personam* non computabile per la pensione.

Il Comune se ha creduto con quello attuato di trovare un espediente per corrisponderle una pensione minore, non ha raggiunto lo scopo, perchè gli assegni *ad personam* sono considerati come veri e proprii stipendii *calcolabilissimi* agli effetti della pensione. Se il Comune intende tener presente lo stipendio iniziale e non la media dell'ultimo triennio di L. 2000, Ella può impugnare la relativa deliberazione e, trattandosi di violazione di diritto, può ricorrere eziandio alla autorità giudiziaria ordinaria.

(5056) *Congedo per infermità.* — Il dott. G. P. da T. chiede conoscere se il congedo per infermità estensibile a tre mesi possa essere concesso annualmente ovvero per ogni malattia.

Il congedo per infermità non può essere concesso ogni anno, ma una volta sola per ogni malattia. Avendolo goduto nel 1914, non può chiederlo nuovamente nell'anno in corso per la medesima malattia.  Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

ARBORO (*Novara*). — Ett. 2300 in pianura; ab. 1874; L. 2000 p. abbienti e L. 1700 p. poveri, lorde. Scadenza 20 febbraio.

CAORLE (*Venezia*). — A tutto 28 corrente mese è aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica del 2° Reparto; L. 4000 al lordo di R. M. per la cura dei soli poveri; oltre L. 750 indennità per il mezzo di trasporto. Alloggio gratuito nella Frazione di Cà-Corniani. Tre sess.

* CARTIGLIANO (*Vicenza*). — Condotta generalità; L. 4500 lorde più godimento gratuito di circa due campi di terreno che si valutano ad annue L. 120. Per U. S. L. 120; ab. 2235. Età lim. anni 40. Assunz. entro 15 g. Scad. 10 marzo.

* CASSINE (*Alessandria*). — Una delle due condotte pei poveri; lorde L. 1500; L. 400 indennità di cav. e L. 100 indennità per supplenza. Scadenza 3 marzo.

CASTELFIORENTINO (*Firenze*). — Condotto, cura piena; L. 3100. Scadenza 28 febbraio.

CENGIO (*Genova*). — Medico consorziale pei poveri; L. 1500 lorde. Carica entro il 1° marzo. Oltre lo stipendio vistosi incerti.

COSENZA. *Ospedale civile.* — Direttore; L. 4000 lorde e tre quinquenni del 15 %. Età 30-50 anni. Richiedesi la libera docenza in clinica chirurgica. Documenti al presidente della Deputazione provinciale. Scadenza 60 giorni dal 2 gennaio.

FIORANO (*Lodi*). — A tutto il 6 marzo; L. 3500 nette da R. M.; tre sessenni; per U. S. L. 100; indennità illuminazione dell'ambulatorio L. 25; l'affitto della casa si assicura limitato a L. 225.

FORMA DI PONZA (*Caserta*). — Condotta piena; L. 3000; indennità per disagiata residenza L. 1000. Il tutto lordo tasse. Scad. 28 febbraio.

GAMBARA (*Brescia*). — Dal 27 gennaio al 28 febbraio è aperto il concorso alla condotta libera; lorde L. 5000 (L. 4100 per n. 2600 ammessi alla assistenza medica gratuita; L. 675 per indennità di mezzo trasporto; L. 225 per U. S.); tre sessenni di L. 500 ciascuno. Ab. 3555.

MANTOVA. *Municipio.* — Medico supplente alle condotte ed all'Ufficio d'igiene; servizio di condotta per i poveri del forese (181); L. 2500 lorde. Docum. al Protocollo Municipale entro il 5 marzo. Accettazione entro 15 giorni.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Tre medici assistenti residenti nella succursale dell'Ospedale Maggiore in Cernusco sul Naviglio. Vedi fasc. 5. Scad. 27 febbraio. Età massima 35 anni.

MOLINELLA (*Bologna*). — A tutto il 28 febbraio cond. (fraz. di S. Pietro Capofiume); L. 4000.

MONTECICCARDO (*Pesaro*). — Condotta; ab. 2011. Stip. L. 3000 pei poveri, L. 1000 pei semiabbienti, L. 700 per cav., L. 100 per U. S.; casa d'abitazione gratuita; tre sessenni; assicurazione. Scadenza 15 marzo.

ORENO (*Milano*). — Condotta piena, comoda, pochi cascinali, ab. 2839, vicina Vimercate sede Ospedale; L. 3250 nette con 3 sessenni; L. 100 quale U. S.; Scadenza 4 marzo.

* ORVIETO (*Perugia*). — Due condotte rurali; L. 4600 e L. 3600. Scadenza 15 marzo.

PADOVA. *Spedale Civile*. — Assistente effettivo; L. 1600 gravate di R. M.; stanza; L. 10 per ogni guardia (di 24 ore). Scad. ore 17 del 27 febbraio. Votazioni negli esami speciali e di laurea. Funzioni entro 10 giorni.

PETRELLA TIFERNINA (*Campobasso*). — Condottato pei poveri; ab. 2828; L. 1000 lorde. Età massima anni 45 s. e. r. Servizio entro un mese. Scadenza 30 giorni dal 9 febbraio.

POMPIANO-CORZANO (*Brescia*). — A tutto il 10 marzo; residenziale; L. 4000 con obbligo del mezzo di trasporto; tre aumenti sessennali di L. 350; agiati 1000.

PONZA (*Caserta*). — Condotta piena nella borgata Forna; L. 3000 oltre L. 1000 disagiata residenza, lorde. Scadenza 28 febbraio.

* POZZAGLIA SABINA (*Perugia*). — Condotta; ab. 1779 in tre centri; generalità; L. 3500 poveri, L. 200 U. S., L. 600 non abb., lorde. Servizio entro 20 giorni. Scad. 30 giorni dal 30 genn.

ROCCA CANAVESE (*Torino*). — Condotta; L. 2000 pei poveri. Scadenza 28 febbraio.

SAN BARTOLOMEO IN GALDO (*Benevento*). — 2ª condotta pei poveri; L. 1178.40 lorde. Al 25 febbraio. Carica fra 20 giorni. Chiedere l'annunzio.

S. DANIELE NEL FRIULI (*Udine*). — Medico primario del Manicomio annesso all'Ospitale civile; L. 3500 lorde, vitto ed alloggio interno. Titoli pratici e scientifici. Scad. 25 febbraio.

SANGODENZO (*Firenze*). — A tutto il 6 marzo, soli poveri; kmq. 98, di cui metà in monte e metà in collina; ab. 4068, di cui 300 poveri; L. 3000 lorde, tre sessenni, L. 500 per cav. obblig.; L. 200 quale U. S.; L. 300 se rinunzia congedo; L. 100 assicur. Serv. entro 15 giorni.

SAN PIETRO VERNOTICO (*Lecce*). — 2ª e 3ª condotta, soli poveri (due terzi della popolazione); L. 3000 lorde. Scadenza 10 marzo.

SANTA GIUSTA (*Cagliari*). — Condotta con Palmas e Silì; L. 2500 lorde. Residenza Oristano. Scadenza 28 febbraio.

SEGUSINO (*Treviso*). — Medico consorziale; L. 4500 lorde, L. 300 mezzo trasporto, L. 200 uff. san. Scadenza 28 febbraio.

SELINO (*Bergamo*). — Stipendio L. 1500. Domanda coi soliti documenti entro il 28 febbraio.

SERRALUNGA DI CREA (*Alessandria*). — Condotta piena; L. 3000 (L. 1200 pei poveri, L. 1800 per gli abbienti); lire 300 quale U. S.; L. 100 indennità alloggio. Scadenza 5 marzo.

SINDIA (*Cagliari*). — Condotta generalità; L. 4500 lorde. Scadenza 27 febbraio.

SPESSA e TORRE DE' NEGRI (*Pavia*). — A tutto il 28 febbraio; stipendio L. 4212; tre aumenti sess.; assicuraz. contro gl'infort. professionali.

SPEZIA. *Ospedale « Vittorio Emanuele II »*. — Fino al 10 marzo concorso per titoli al posto di assistente di ostetricia e ginecologia; L. 2000 e due sessenni; partecipazione agli utili in ragione del 5 % sugli atti operativi agli abbienti. Chiedere copia dell'avviso all'Ufficio di segret.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Condotta residenziale della frazione di Soiana; ab. circa 2300; poveri circa 200; due quinquenni; stipendio L. 2500; indenn. cavalc. L. 750. Scadenza 28 febbraio.

TRESANA (*Massa e Carrara*). — A tutto il 25 febbr. condotta 1ª zona; L. 4000 lorde; circa 2300 ab.; L. 500 per cavalcatura.

VENEZIA. — A tutto 10 marzo concorso per titoli a medico comunale per i poveri nel 1º circondario (parrocchia di S. Pietro di Castello); L. 3000, aum. del decimo per tre quinquenni, lorde. Quando il numero delle famiglie povere assegnate al medico di circondario risulti, nella revisione annuale dell'elenco dei poveri, superiore a 500, verrà corrisposta al medico stesso un'aggiunta allo stipendio di lire 3 per ogni famiglia eccedente le 500.

VERGHERETO (*Firenze*). — Condotta di Alfero; ab. 2019 in 9 parrocchie; L. 3000, con due sessenni, p. poveri, L. 1100 p. gli abbienti, L. 600 per la cav., lorde; assicur.; L. 100 dal Comune di Sarsina. Scadenza il 30 marzo.

VERONA. *Deputazione provinciale*. — Ostetrico assitente presso la Maternità. Docum. al Protocollo entro le 17 del 28 febbr. Pratica di microscopia clinica. L. 1450, oltre l'alloggio mobiliato e riscaldato; vitto dal Brefotrofio. Nomina annua, conferma triennale, servizio entro 20 giorni.

VICENZA. *Ospitale Civile*. — Medico-chirurgo secondario. Scad. ore 16 del 10 marzo. Nomina e conferma biennali. Ufficio entro 10 giorni. Stipendio L. 1700 lorde, alloggio; L. 4 e vitto nei giorni di guardia.

* VILLAMIROGLIO (*Alessandria*). — Medico per cura pov. ed U. S.; lorde L. 1125. Scad. 20 marzo.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide: Vacri (Chieti), Gambolò (Pavia), Lagosanto e Pergola (Ferrara).

Revoca di diffide: Mortizza (Piacenza), San Lorenzo in Campo [per Vito sul Cerano], Cagli [per Montepaganuccio] e Urbino [per Schieti, Canavaccio e Pieve di Cagno] (Pesaro-Urbino), Casnico-Cassano S. Andrea (Bergamo).

Sospensione di boicottaggio: Saltara, dalla Sezione fanese dell'A. N. M. C.

Ci si comunica:

« Le Sezioni di Novara e di Vercelli dell'A. N. M. C., in seguito ai reiterati rifiuti dell'Amministrazione comunale di Villata (Vercelli) di qualsiasi aumento di stipendio al medico stabile dott. Vincenzo Trasi, rendono noto che questi si è reso dimissionario, e che venne di conseguenza proclamato il boicottaggio di quel Comune a favore dello stesso dott. V. Trasi, che resta sul sito. Si invitano tutti i colleghi indistintamente a non accettare neppure l'interinato ».

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro amico e valoroso collaboratore professor dott. Guglielmo Bilancioni, già libero docente di patologia generale e di oto-rino-laringoiatria nella R. Università di Roma e cultore di studî storici della medicina, ha conseguito per titoli una terza libera docenza in storia della medicina presso la R. Università di Siena, ove esiste un insegnamento ufficiale della materia.

La Commissione era composta dei professori Barduzzi, Biondi, Majocchi, Raimondi e Cardini; tema della lezione: « Vesalio e il progresso anatomico da Galeno ai suoi tempi ».

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: cav. Verniani di Gallicano (Massa-Carrara), presidente della Sezione Garfagnina dell'A. N. M. C.; prof. V. Oliva, chirurgo-primario negli Ospedali di Torino; cav. uff. V. Martelli, di Belgrate (Lago Maggiore).

Cavalieri: dott. G. Messi, medico provinciale; G. Tedaldi, primo segretario medico nell'Amministrazione sanitaria; dott. E. Mallardi di Napoli; dott. M. Crolle di Settimo Torinese; dott. A. Poggiani, di Trontano (Novara); dottor F. Paolelli, di Sermoneta; dott. C. Faenza, di Napoli.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Cavaliere: prof. V. Codeluppi, direttore del R. Manicomio provinciale di Montelupo.

NAPOLI. — Il dott. Tamburini Arrigo è abilitato alla libera docenza in clinica delle malattie mentali e nervose.

Il dott. Franceschelli Donato è nominato aiuto in igiene.

PAVIA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Brugnatelli Ernesto in clinica ostetrica e ginecologia; Gozzi Celestino in patologia generale.

PISA. — Il dott. Bianchi Vittorio è nominato assistente in anatomia umana.

ROMA. — Il dott. Ponzi Guido è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

SIENA. — Il dott. Bolognesi Giuseppe è autorizzato a trasferire da Modena a Siena la libera docenza in patologia chirurgica.

Il prof. dott. Martini Vittorio è nominato aiuto volontario in patologia chirurgica.

INNSBRUCK. — Il docente privato dott. professor Paul Mathes di Gratz è nominato ordinario di ostetricia e ginecologia a Innsbruck.

MONTPELLIER. — Il dott. Massabuan, *agrégé* della Facoltà medica, è nominato professore di anatomia patologica.

NANCY. — Il dott. Vautrin, *agrégé* alla Facoltà medica, è nominato professore di clinica chirurgica.

PARIGI. — La Société de chirurgie ha eletto per il 1905: presidente il dott. Rochard; vicepresidente il dott. Picque; segretario il dott. J. L. Faure.

PRAGA. — Il docente privato dott. prof. Rudolf Richard Kahn di Innsbruck è nominato straordinario di fisiologia a Praga.

LETTERE DA PARIGI.

Chirurgia di guerra.

Cura delle ferite gangrenose prodotte da proiettili. — Il dott. Quénu considera che la caucrena gassosa non deve essere considerata come una entità distinta ma come lo stadio finale di un processo gangrenoso.

Egli comunica all'Accademia di medicina le sue osservazioni in proposito, facendo osservare che non appena appare la gangrena, bisogna correre subito ai ripari, anche se al cominciamento il processo non presenta un carattere grave. Bisognerà dunque subito sbrigliare la ferita per mettere allo scoperto i tessuti in isfacelo. Quindi è necessario procedere a una disinfezione accurata. È appunto nella disinfezione che consiste la miglior cura della gangrena e le applicazioni variano a seconda della gravità del processo. Nei casi medî o leggeri basterà l'impiego di antisettici energici, come l'acqua ossigenata, l'ossicianuro di mercurio, l'ipoclorito di calce, la polvere di china. Ma quando si constata l'apparizione di sintomi di una certa gravità bisognerà ricorrere alla cura mediante l'aria calda ad alta temperatura a 700 e a 800 gradi. Quénu presenta all'Accademia la storia di 12 casi, tutti seguìti da guarigione, senza che sia stato necessario di procedere a una sola amputazione.

Estrazione di corpi estranei nelle ferite di guerra. — Gli specialisti impiegano volentieri, per estrarre dall'orecchio dei corpi estranei, le iniezioni di acqua ossigenata, poichè essa produce una abbondante schiuma che solleva il corpo estraneo e lo porta fuori del canale auditivo. Il dott. Lacroix ha ideato di impiegare lo stesso metodo per estrarre dalle ferite i corpi estranei che sovente riescono a penetrarvi causando delle conseguenze gravi. Egli ha constatato che il metodo è eccellente e riesce ad estrarre anche dei corpicciuoli metallici. L'acqua ossigenata deve essere iniettata in profondità a mezzo di un tubo di caoutchouc, tipo drenaggio.

A proposito del tetano. — Sieur, colonnello medico, raccomanda di sbrigliare e disinfettare il più possibile le ferite sinuose e imbrattate. Nelle località in cui la terra è tetanigena e sopratutto in vicinanza delle case dei contadini, le ferite anche piccole possono presentare le più gravi complicazioni e in questi casi la prima medicatura è la più importante. Osservando queste precauzioni Sieur ha visto soltanto 7 casi di tetano su 17,507 feriti.

L'oro colloidale nella chirurgia di guerra. — Per il dott. Belbèze l'oro colloidale deve essere considerato come un vero agente antitossico po-

livalente. Tutte le infezioni gravi, tutte le grandi ferite infette, tutte le suppurazioni profonde dovrebbero essere trattate con tale mezzo. Bisogna iniettarlo di preferenza, per via endovenosa, alla dose di 1/4 a 3/4 di centimetro cubico. Quasi sempre alla iniezione segue una reazione violenta, con notevole elevazione della temperatura, poscia la temperatura cede e si constata piuttosto ipotermia. Più presto sarà applicata la cura e migliori risultati se ne otterranno.

Sordità totale in seguito allo scoppio di obici. — I dottori Lannois e Chavanne comunicano all'Accademia di medicina degli accidenti auricolari sopravvenuti in seguito all'azione di obici che scoppiano in vicinanza dei soggetti, senza che l'apparecchio auditivo sia direttamente colpito. La patogenesi di questi disturbi è assai complessa e oscura, ma la probabilità di riacquistare l'udito è molto problematica.

Igiene e profilassi degli eserciti in guerra.

La vaccinazione antitifica in tempo di guerra. — Proprio in questi giorni vede la luce un importantissimo documento, presentato nello scorso aprile per incarico del Governo francese all'Ufficio internazionale di igiene, dall'ambasciatore Barrère, che porta il titolo qui riprodotto e la firma del propagatore della vaccinazione antitifica e inventore di uno sperimentato vaccino, il medico militare Vincent.

Dice il Vincent, dopo aver riprodotto le varie statistiche fornite dalle amministrazioni militari e aver dedicato uno speciale studio a quelle dell'esercito italiano in Libia, che la più grande difficoltà sarà senza dubbio in caso di guerra europea quella di poter fare le iniezioni di vaccino in condizioni soddisfacenti. La vaccinazione contro il tifo esige normalmente quattro o almeno tre iniezioni, a 7 o 10 giorni di intervallo, cioè una durata da 14 a 21 giorni. Gli uomini vaccinati debbono poter riposarsi durante il giorno che segue ogni iniezione.

Non è possibile, durante la mobilizzazione e *a fortiori* durante le operazioni di guerra trovare il tempo necessario per lasciare agli uomini il tempo di riposo indispensabile.

Si può dunque, in una certa misura, mettere a profitto il valore protettore della vaccinazione:

1° vaccinando il più gran numero possibile di militari in tempo di pace;

2° riducendo a 2 il numero delle iniezioni vaccinanti in tempo di guerra, quando non sarà possibile di praticare la serie completa di 4 iniezioni.

È certo che la riduzione del numero di iniezioni di vaccino e quindi bacilli inoculati riduce anche l'immunità. Ma d'altra parte le osservazioni fatte ad Avignone, nel Marocco e nell'esercito italiano in Libia, mostrano che la grande maggioranza dei soldati che hanno ricevuto 3 e anche 2 iniezioni erano protetti contro il tifo nell'anno consecutivo a quello delle iniezioni. L'efficacia del vaccino è tale che anche a deboli dosi risveglia nell'organismo la secrezione d'anticorpi difensivi.

Si può considerare che le guerre europee, dice il prof. Vincent, saranno probabilmente di corta durata (1). Perciò la necessità di una lunga durata dell'immunità essendo messa da parte, si dovrà cercare di dare al più grande numero di uomini possibile un'immunità non assoluta, ma tuttavia forte, a mezzo di due iniezioni, l'una di un centimetro cubo, l'altra di due centimetri cubici.

Potrà essere praticata contemporaneamente alla vaccinazione antitifica la vaccinazione antivaiolosa. In tempo di guerra i medici si sforzeranno, tutte le volte che sarà possibile, di profittare dei periodi di riposo, d'arresto delle operazioni o d'armistizio, per vaccinare i loro uomini. Anche i feriti leggeri e non infetti e i convalescenti potranno essere vaccinati con successo.

La lotta contro i parassiti nelle trincee. — In una mia precedente lettera notavo l'inconveniente che deriva per i soldati nelle trincee dalla presenza dei pidocchi dei vestiti. Come dicevo, questi insetti sono dei trasmettitori di tifo esantematico e di tifo ricorrente. In più dei modi indicati fino ad ora, per combatterne la pullulazione, Josseaume raccomanda il fumo del tabacco. Esporre i vestiti a tal fumo è sufficiente per distruggere i parassiti. Se gli uomini non possono spogliarsi Josseaume consiglia di far arrivare il fumo sotto i vestiti a mezzo di tubi di caoutchouc. Secondo Blanchard è anche utile di distendere i vestiti ricoperti di pidocchi sopra i formicai. Il pidocchio del corpo è un insetto che non si porta sulla pelle dell'ospite che per succhiare il sangue, immediatamente dopo si rifugia nei vestiti, sopratutto nelle pieghe e nelle cuciture. Nicolle ha anche recentemente raccomandato di spalmare la pelle con olio canforato.

Parigi, 27 gennaio 1915. Doctor GOD.

(1) Sembra che i fatti vogliano dare una smentita a questa affermazione dello scienziato francese.

Il fascicolo di febbraio 1915 della nostra Sezione Medica contiene i seguenti lavori:

NOTIZIE DIVERSE.

L'opera della Direzione di Sanità nei luoghi colpiti dal terremoto.

La Direzione generale della Sanità pubblica ha svolto un'opera larga ed organica di soccorso nei luoghi colpiti dal terremoto.

Ha istituito a Tagliacozzo, quale prossimo centro di rifornimento e di irradiazione verso Avezzano, un magazzino del materiale profilattico del quale è più prevedibile la necessità (come tende di ricovero e arredamenti relativi, brande, disinfettanti, armadî farmaceutici); e ad Avezzano, un magazzino sussidiario per fronteggiare i più urgenti bisogni locali e degli altri paesi del circondario.

Tale concentramento di materiale è diretto principalmente a mettere le autorità locali in condizioni di assicurare, ove occorra, direttamente il servizio farmaceutico: e provvedere i mezzi con i quali dotare, secondo il bisogno, le singole località, di ricoveri temporanei di feriti e di malati, di luoghi di isolamento per colpiti o sospetti di malattie contagiose.

Ha inoltre proceduto ad un opportuno rilievo delle notizie concernenti il numero dei sanitari, le condizioni loro e degli enti dai quali eventualmente dipendessero: e in base ai risultati ottenuti ha impartito le necessarie disposizioni per utilizzare l'opera dei medici-chirurghi locali nei varî servizi sanitari, anche se eccedenti, per la natura loro o per le circostanze del momento, l'ordinaria assistenza medico-chirurgica; ed in corrispettivo ha attribuito loro una congrua somma: forma questa particolarmente opportuna allo scopo di assicurare i servizi sanitari contro ogni evenienza futura, tenendo anche conto che trattasi di sanitari già noti alle popolazioni e edotti del carattere e dei bisogni loro.

Analogamente, in confronto delle altre categorie di sanitari, si è provveduto per assicurar loro, anche in via provvisoria, un qualche collocamento, corrispondente alle rispettive cognizioni tecniche.

Corso di perfezionamento in igiene.

Il giorno 1° aprile 1915, nell'Istituto d'igiene della Università di Parma, avrà principio il corso complementare bimestrale d'Igiene pratica per gli aspiranti alla carica di Ufficiale sanitario. Tassa L. 100.

Essendo limitato il numero dei posti disponibili, le iscrizioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande.

Agli ammessi si consiglia di portare il microscopio adatto per le ricerche batteriologiche.

Corso speciale di chirurgia.

Dall'8 marzo al 3 aprile 1915 sarà tenuto, negli Istituti clinici di perfezionamento in Milano, un corso speciale di chirurgia per i laureati in medicina e chirurgia, col seguente programma:

Istituto rachitici, via S. Calimero: « Clinica ortopedica », prof. R. Galeazzi.

Ospedale Maggiore: « Le forme chirurgiche settiche acute », prof. G. Bagozzi; « La chirurgia delle malattie dell'orecchio », prof. U. Calamida; « Chirurgia dell'apparato digerente con speciale riguardo alle forme acute e all'erniologia », prof. R. Calvini; « Propedeutica chirurgica », prof. G. Castiglioni; « Chirurgia dei genitali maschili, dell'intestino crasso e retto: dimostrazioni cliniche e operative », prof. F. Crosti; « La chirurgia oculare », prof. F. Denti; « Malattie delle vie urinarie », prof. G. Lasio; « Medicina operativa », prof. A. Maiocchi; « Le applicazioni chirurgiche in dermosifilopatia », prof. A. Pasini; « Clinica chirurgica con speciale riguardo alla traumatologia », prof. B. Rossi.

La tassa di iscrizione al corso è fissata in lire 30.

L'iscrizione viene fatta d'ufficio al pervenire della cartolina-vaglia che deve essere diretta all'Economato degli Istituti clinici di perfezionamento, via Commenda, 12, Milano.

Prima dell'inizio del corso, gli iscritti hanno l'obbligo di presentare allo stesso Ufficio il diploma di laurea o un certificato equivalente.

A richiesta si rilasciano certificati per abbonamenti ferroviari a prezzo ridotto.

Corso giuridico-criminale a Messina.

A Messina, come già a Torino ed a Bologna, è stato istituito un corso di studio delle scienze giuridiche e criminologiche.

L'istituto comprende gli insegnamenti di antropologia, psicologia, psichiatria, sociologia e statistica criminale, di medicina forense penale, di diritto e di procedura penale e di esecuzione delle pene e delle misure di sicurezza complementari delle pene stesse.

All'insegnamento delle varie discipline sono preposti i professori Ugo Conti, on. Fulci, B. Gurrieri e S. Mondio.

All'Ospedale Maggiore di Milano.

Il bilancio preventivo (1915) dell'Ospedale maggiore di Milano importa un deficit di lire 1,543,000, il quale dovrà essere caricato ai Comuni.

Nel bilancio del 1914 il deficit era di 1,076,000 lire; cosicchè l'aumento è di quasi mezzo milione, senza che le giornate di degenza siano cresciute. Esse rimangono sempre di poco superiori al milione, equivalenti a meno di 3000 malati al giorno. Quello che aumenta invece è il costo della giornata, che da L. 3.70 com'era nel 1914, sale per il 1915 a L. 4.20.

Questo straordinario aumento di spesa è dato per la massima parte dal maggior importo stanziato per stipendii e salarii: questo maggior importo è preventivato in lire 382,000, di cui lire 300,000 circa già deliberate dal precedente Consiglio l'anno scorso e lire 80,000 deliberate dal nuovo Consiglio socialista appena entrato in carica.

Prolusioni.

A Palermo il nuovo professore di patologia generale, Vittorio Scaffidi, tenne la sua prolusione trattando dei fattori che determinano l'attecchimento dei trapianti sperimentali dei tumori; espose le sue indagini personali su questo argomento.

A Napoli l'on. Pietro Castellino, incaricato della direzione della III Clinica medica, ha inaugurato il suo corso trattando dell'« indirizzo moderno della vita ».

I medici belgi.

Le condizioni create dalla guerra ai medici belgi sono crudeli. Oltre duemila medici e le loro famiglie mancano delle più modeste risorse economiche perchè l'attività professionale è ridotta al minimo e perchè molti beni sono distrutti. I contributi che giungono dai medici dei paesi neutrali — compresi gli Stati Uniti — sono irrisori. Professionisti valenti sono costretti ad elemosinare i soccorsi.

La Croce Rossa Italiana in Francia.

Una delegazione della Croce Rossa di Milano, di cui fa parte il prof. B. Rossi, chirurgo primario nell'Ospedale Maggiore di questa città, è giunta in Francia per visitarvi a titolo ufficioso le formazioni sanitarie, a partire da quelle di Nizza, Marsiglia, Lione, Digione e Nizza.

La Croce Rossa Giapponese in Inghilterra.

Un distaccamento della Croce Rossa del Giappone si è recato in Inghilterra a prestare la sua opera di soccorso ai feriti; è così composto: due chirurgi, due capi-infermiere, venti infermiere, un segretario, un interprete.

La Croce Rossa Francese in Inghilterra.

Un nucleo della Croce Rossa Francese si è stabilito a Londra. Il Municipio della metropoli ha deliberato un contributo di 1000 ghinee per il mantenimento di esso.

Nella stampa medica.

Ha veduto la luce il primo fascicolo dei «Folia Medica», periodico bimestrale diretto dal sen. E. De Renzi e dall'on. P. Castellino. Esso fonde la «Nuova Rivista Clinica terapeutica» ed il «Tommasi». Auguri di prosperità al periodico nuovo.

Vittima del dovere.

Essendosi punto un dito durante un'operazione, ha contratto una setticemia mortale il professor F. Sasse, che aveva preso il posto di Rehn quale capo del servizio chirurgico all'Ospedale di Francoforte sul Meno. La malattia durò un mese. Egli contava 48 anni.

Quasi contemporaneamente in condizioni analoghe moriva a Londra il chirurgo C. B. Lockwood.

Un eroe della scienza.

Il prof. Alessandro Lanfranchi, direttore dell'Istituto di patologia e di clinica medica veterinaria della Università di Bologna, due anni or sono contrasse la tripanosomiasi, sulla quale da 6 anni compiva degli studi. Fu curato all'Istituto Pasteur di Parigi. Ora il terribile male si è presentato di nuovo e l'esimio studioso è partito nuovamente per l'Istituto Pasteur di Parigi, onde sottoporvisi ad un nuovo trattamento, che ci auguriamo efficace.

Le perdite degli ufficiali medici in Germania.

La «Mediz. klinik» del 13 dicembre 1914 riportava la seguente statistica di ufficiali medici dell'esercito e della marina: 65 morti in guerra, 46 prigionieri, 78 mancanti, 40 gravemente e 112 leggermente feriti, 1 reso invalido da grave malattia contratta in servizio.

È morta ad Imola, nell'età di 55 anni, **Giuseppina Cattani**, dottoressa in medicina, libera docente di patologia generale prima a Torino, poi a Bologna.

Fu tra le prime donne laureate in medicina.

Il di Lei nome associato a quello di Tizzoni, resterà legato agli studi sul tetano; ha compiuto anche pregevoli ricerche personali.

In causa di una grave infermità si era allontanata dalla vita universitaria; ma non era venuta meno la sua operosità scientifica e continuava a dirigere i laboratori dell'Ospedale civile e del Manicomio dell'Osservanza nella nativa Imola.

Ebbe più volte l'eleggibilità in concorsi universitari, ma non potè mai conseguire la cattedra: il pregiudizio del sesso ne la tenne lontana.

Lottar von **Frankl-Hochwart**, professore di neuropatologia a Vienna, un pioniere nello studio dell'ipofisi, delle secrezioni interne, dell'innervazione vescicale, ecc., è morto di un tumore cerebrale. A questo soggetto egli aveva dedicato parecchi anni di ricerche diligenti.

Annunziamo anche la perdita del dott. **Lucien Jacquet**, valente dermosifilografo parigino.

Egli faceva dipendere le affezioni cutanee in prevalenza da alterazioni funzionali generali; negli ultimi tempi pose in rilievo il compito etiologico della masticazione affrettata, da lui detta tachifagia, nel campo della dermatologia. Fu un attivo antialcoolista.

Con Besnier e Brocq ha pubblicato la «Pratica dermatologica»; con Brocq una «Guida elementare alla dermatologia».

In età di 52 anni, di una flussione polmonare contratta sul campo di battaglia, si è spento il dermatologo prof. **Eduard Jacobi**, notissimo per numerose pubblicazioni speciali, per l'«Atlante delle malattie cutanee» e per l'«Iconographia dermatologica» diretta in collaborazione con Neisser.

È morto di una febbre tifoide contratta sul campo di battaglia **M. Heyd**, libero docente di chirurgia all'Università di Dresda; aveva 34 anni.

A Breslavia cessava di vivere il dott. **Magen**, redattore-capo dell'«Aerztlicher Vereinblatt», che ha promosso notevolmente il miglioramento economico dei medici in Germania.

Cessava di vivere **A.** von **Gehuchten**, già professore di anatomia e neurologia all'Università di Friburgo, recatosi in America allo scoppiare della guerra. Sono ben noti i suoi studi sulla istologia del sistema nervoso.

È morta a Milano la signora **Alessandrina Ravizza**, attiva sostenitrice della Clinica del lavoro, della Casa del lavoro e della Umanitaria.

Senza essere medichessa, aveva acquistato una speciale esperienza e competenza nel campo della medicina professionale.

Rassegna della stampa medica.

Il Lavoro, 15 ott. CESA-BIANCHI: L'apparato endocrino nell'avvelenamento cronico da piombo.

Ann. di Med. Nav. e Col., ag.-sett. MARRONI: Le lesioni tubercolari aperte e la loro cura incruenta.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 31 ott. TCHARNAIA: Sulle difficoltà di diagnosi del carcinoma primitivo della tuba. — MACCABRUNI: Tentativi di terapia del cancro mediante le colture alla Carrel. — AGAZZI: L'indice opsonico rispetto al bacillo di Koch nei neonati da tubercolotiche. — MAINOLDI: Levulosuria alimentare in gravidanza. — AYMERICH: Alterazioni dell'ovaio e metrorragie essenziali.

L'Idrologia ecc., n. 9. BORDONI: Le ionizzazioni medicamentose con le doppie correnti.

Mediz. Klinik, 1 nov. SINGER: La dissenteria. — NORDMANN: Osservazioni di chirurgia di guerra. — BLUMENTHAL: Sintomatologia e terapia del tetano. — FRISCH: Tifo esantematico.

Gazz. d. Osp., 1 nov. BALDUZZI e BALLERO: Pustola maligna doppia guarita con le iniezioni endovenose di siero Sclavo.

Pensiero Med., 1 nov. MARAGLIANO E: Moderni concetti sulla setticemia e le complicanze renali nella tifoide.

Berl. klin. Woch., 2 nov. LEHNERT: Eczema e neurodermiti nell'età infantile. — FROEHLICH: I servizi sanitari di guerra a Berlino. — LIESKE: Questioni medico-legali in guerra.

The Practitioner, nov. CURLE: Etiologia e profilassi del rachitismo. — SYME: La diagnosi delle malattie dei seni nasali accessori. — MILLER: Il fattore psichico dell'insonnia. — NORBURY: Il prurito anale. — TIRUMURTI: « Rhinosporidium Kinealyi ».

Il Morgagni (Riv.), 7 nov. CASTIGLIONI: Trapianti e innesti vascolari.

Münch. Med. Woch., 3 nov. SCHRIDDE: Lo stato timo-linfatico congenito. — GERLACH: La misura comparativa dell'azione dei raggi X e Y. — *App.* WOLLENBERG: Affezioni nervose in guerra. — WALTHER: Acqua ossigenata e suoi derivati nel trattamento delle ferite. — ZUR WERTH: Interventi d'urgenza nelle ferite della guerra marittima.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 3 nov. MATTIROLO: Distrofia adiposo-genitale. — VIDONI: Sulla cura della paralisi progressiva con la tubercolina.

La Presse Méd., 29 ott. BORDIER: Mezzo semplice d'elettrizzazione negli ospedali militari. — 5 nov. MARTINET: Come evitare le epidemie in campagna. — LAGANE: Profilassi e trattamento del colera.

Edinb. Med. Journ., nov. SYM e MILES: Aneurisma arteriovenoso intra-cranico interessante i due occhi.

L'Ig. Sociale, n. 19. CARRARA: Le applicazioni dell'antropologia criminale nelle prevenzioni di polizia.

La Liguria Med., 1 nov. CARDINALE: La Roentgenterapia nei fibromiomi uterini.

Allg. Wien. med. Zeitung, 2 nov. MENSI: Il comportamento della temperatura nel periodo di latenza del morbillo.

Wien. klin. Woch., 5 nov. KRAUS: La vaccinoprofilassi del tifo addominale. — FINGER: Le malattie sessuali in guerra.

Gazz. d. Osp., 5 nov. CREMONESE: Malaria e laringismo.

Derm. Woch., 7 nov. LUX: Sul trattamento delle dermatosi pruriginose.

Zbl. f. inn. Med., 7 nov. LÖWY: Sull'ematologia dell'accesso epilettico.

Die Ther. d. Gegenw., nov. ROZNOWSKI: La terapia del tetano con solfato di magnesia. — FRANK: Le forme innocue del diabete nell'età giovanile. — KLINX: Sulla chirurgia delle vie biliari. — MÜHSAM, HAYWARD: Chirurgia di guerra.

La Rif. Med., 7 nov. MARTELLI: Sulla etiopatogenesi delle leucemie.

Pensiero Med., 8 nov. CASTIGLIONI: La radioterapia delle tubercolosi chirurgiche. — PERUSSIA: La fisiopatologia del rene ectopico.

Mediz. Klinik, 8 nov. PÖCH: La peste. — KÖHLER: Trattamento delle ferite in guerra. — JOANNOVICS: Le epidemie delle guerre. — HEZEL: Ferite dei nervi periferici in guerra.

The Journal A. M. A., 7 nov. WINSLOW, MILLER e a.: Sull'igiene ospedaliera. — WILSON: Le tonsille come porta d'ingresso delle infezioni. — CLARK: Sulla diagnosi dell'epilessia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. Pozzi, *resp.*

Anno XXII. — *Roma, 28 febbraio 1915* — Fasc. 9

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Premio ordinario agli associati, per il 1915.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Assistente nella R. Clinica Otoiatrica
e aiuto medico negli ospedali di ROMA

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Sarà un volume in formato tascabile di circa 800 pagine, nitidamente stampato, con molte figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso. È già in corso di stampa e sarà pronto alla fine di marzo 1915.

SOMMARIO: INTRODUZIONE. *Importanza dell'otorinolaringoiatria.* Intenti e confini moderni di questa branca. — I. NASO. Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia: Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame del naso. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. SENI O CAVITA ANNESSE AL NASO. IPOFISI. — II. BOCCA. FARINGE. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della faringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. ESOFAGO, TIROIDE E TIMO. — III. LARINGE E TRACHEA. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della laringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. — IV. ORECCHIO. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame dell'orecchio. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. Medicina legale e infortuni sul lavoro.

Avvertenza. **Per aver diritto al suddetto interessante volume, spedire *subito*, mediante Cartolina-vaglia indirizzata nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, n. 46 - ROMA, l'importo d'abbonamento per l'anno 1915. (*)**

(*) *N. B.* **Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.**

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Medicina legale della R. Università di Torino
diretto dal prof. M. CARRARA.

Su un caso di infortunio seguito da perforazione duodenale tardiva

per il dottor LEONE LATTES
libero docente e aiuto.

Sono note le difficoltà di apprezzamento che si hanno nei casi di morte per rottura di ulcere gastriche o duodenali in cui venga prospettato come momento genetico un traumatismo od uno sforzo. La giurisprudenza non ha sempre deciso univocamente, e accanto a casi in cui si riconobbe l'importanza causale dell'infortunio, ve ne sono altri nei quali venne negata la partecipazione effettiva del trauma alla rottura, e quest'ultimo si considerò solo come elemento rivelatore occasionale di una lesione preesistente (Thiem). Per certo il perito non è in questi casi facilmente in grado di illuminare la giustizia; come io rilevavo altrove a proposito delle cause occasionali di morte improvvisa (*Arch. d'Antrop. crim. e Med. leg.*, 1912), si tratta di fare una determinazione quantitativa del grado di efficienza della condizione morbosa preesistente, e della traumatica sopravvenuta. Occorre decidere se il trauma pur avendo in via logica un valore causale effettivo, sia tanto debole da potersi consi-

derare solo come occasione (non indennizzabile) o come fattore consausale (indennizzabile), oppure se al trauma vada negata qualsiasi efficienza e lo si debba considerare come una semplice coincidenza.

Per ciò che concerne le ulceri gastriche un elemento di grandissima importanza per il giudizio è fornito dall'accertamento anamnestico dell'andamento clinico del processo anteriormente al trauma, e dai suoi particolari sintomi che non mancano quasi mai.

Questo elemento viene invece sovente a mancare quando si tratti di ulceri duodenali. In tal caso la sintomatologia è sovente oscura o manca del tutto, e improvvisamente, per opera eventualmente dell'infortunio, insorge la complicanza più temibile, la rottura mortale.

Mentre la rottura traumatica dell'ulcera gastrica è un evento abbastanza frequente nell'infortunistica, data anche la diffusione della malattia, la rottura dell'ulcera duodenale, di per sè già notevolmente più rara, solo eccezionalmente va riferita ad un trauma. L'ulcera del duodeno per la sua insidiosità, molto più facilmente può dare occasione a contestazioni circa alla sua origine traumatica, ed alla genesi traumatica della sua rottura.

Mi è parso utile illuminare la complessità di questo argomento mediante la pubblicazione di un caso, certamente raro, di rottura di ulcera duodenale in seguito ad un trauma. In esso il giudizio medico-legale risultava oltremodo difficile per particolari circostanze, e specialmente per il tempo relativamente lungo intercorso tra l'infortunio e la morte.

Espongo i dati principali relativi a questo caso:

Il meccanico delle Ferrovie dello Stato, P... G..., di 19 anni, l'11 aprile alle ore 12, risalendo da un fossa per riparazione di locomotive, scivolò sulla gradinata sporca d'olio e venne a battere violentemente colla parte sinistra del corpo sull'orlo degli scalini. I punti colpiti furono la base del torace e il gomito di sinistra; quest'ultimo fu quello che ricevette la massima parte dell'urto. Rialzato, il paziente accusava dolori nei punti colpiti e non poteva muovere il braccio sinistro. Posto in carrozza per esser condotto all'ospedale, raccomandava al cocchiere di andare adagio perchè le scosse gli accrescevano il dolore. Ebbe anche alcuni sforzi di vomito, ma senza vomitare (era a stomaco vuoto). Non accusò però alcun dolore addominale particolare.

All'ospedale Mauriziano venne visitato e si riconobbe una lussazione posteriore del gomito sinistro, che venne seduta stante ridotta con facilità. Il chirurgo non riscontrò alcun sintomo addominale.

(2)

Nei giorni successivi fino al 16 inclusivamente tornò all'ospedale per la sua lussazione, e da altro chirurgo venne constatato il regolare decorso della lesione, senza che il paziente accusasse altri disturbi. Però con i suoi amici il paziente asseriva di non sentirsi bene, di avere l'alvo chiuso, nausea, e mancanza d'appetito, e rifiutò di bere una bottiglia di vino che gli veniva offerta. In presenza di questi disturbi il paziente la sera del 16 prese un purgante, di natura non stabilita, il quale durante la notte fece scarso effetto.

Senonchè presso al mattino intervennero vomiti ostinati e dolori addominali intensi che durarono tutto il giorno 17, cosicchè alla mattina del 18 venne chiamato un medico. Questi ordinò laudano, fece iniezioni di morfina, e non visitò più ulteriormente l'ammalato. Con gli stessi sintomi, meteorismo, stipsi e progressivo indebolimento, l'ammalato venne a morte il 19 alle ore 7. Fu sepolto il giorno dopo.



Fig. 1. — L'ulcera duodenale in grandezza naturale.

Poichè nella bolletta d'infortunio la lesione era qualificata « lussazione del gomito » e l'esito ne sarebbe stato la morte, a fine di chiarire il caso ed evitare le probabili contestazioni, venne, su istanza delle Ferrovie dello Stato, ordinata l'esumazione e affidata a me l'autopsia del cadavere. Questa ebbe luogo il 24 aprile. Riporto abbreviando alquanto le parti principali del relativo protocollo.

Cadavere di un uomo robusto e di regolare costituzione; putrefazione enfisematosa abbastanza avanzata. Vi è colorazione ecchimotica alla faccia posteriore dell'avambraccio sinistro, e all'incisione si riscontra stravaso di sangue nel connettivo sottocutaneo e nel tessuto fibroso pericapsulare dell'articolazione del gomito. Piccola crosta linfatica sulla cresta tibiale sinistra. All'incisione dei tegumenti, e particolarmente alla base del torace non si riscontrano stravasi di sangue.

All'incisione dell'addome sfugge gas in abbondanza. Nel cavo peritoneale si trovano 400 cmc. di liquido torbido di color caffè chiaro. Le anse intestinali sono irregolarmente arrossate; sui diversi visceri si vedono numerose pseudo-

membrane fibrinose facilmente asportabili. Tra il fegato e la volta del diaframma e tra il lobo sinistro del fegato ed il fondo dello stomaco vi sono aderenze fibrose antiche in gran parte filiformi, abbastanza difficilmente lacerabili. Alla faccia anteriore del duodeno si osserva un orificio rotondo del diametro di mm. 6 1/2 con margini netti, sottili e taglienti, dal quale fuoresce un po' di liquido gialliccio. Tutto all'intorno si vede un alone grigiastro grande come 10 centesimi. A questo orificio corrisponde internamente un'ulcerazione rotondeggiante ampia circa 1 1/2 cm. Essa è circondata da un orlo mucoso ispessito, di consistenza callosa, sporgente circa 1 cm., il quale giunge in alto quasi a contatto con la valvola pilorica. L'ulcerazione si approfonda obliquamente, però i vari strati non sono distinguibili; il fondo perforato è sottilissimo e costituito solo dagli strati più esterni della parete (fig. 1).

Abbondanti coaguli fibrinosi nel cuore. I visceri sono in putrefazione avanzata.

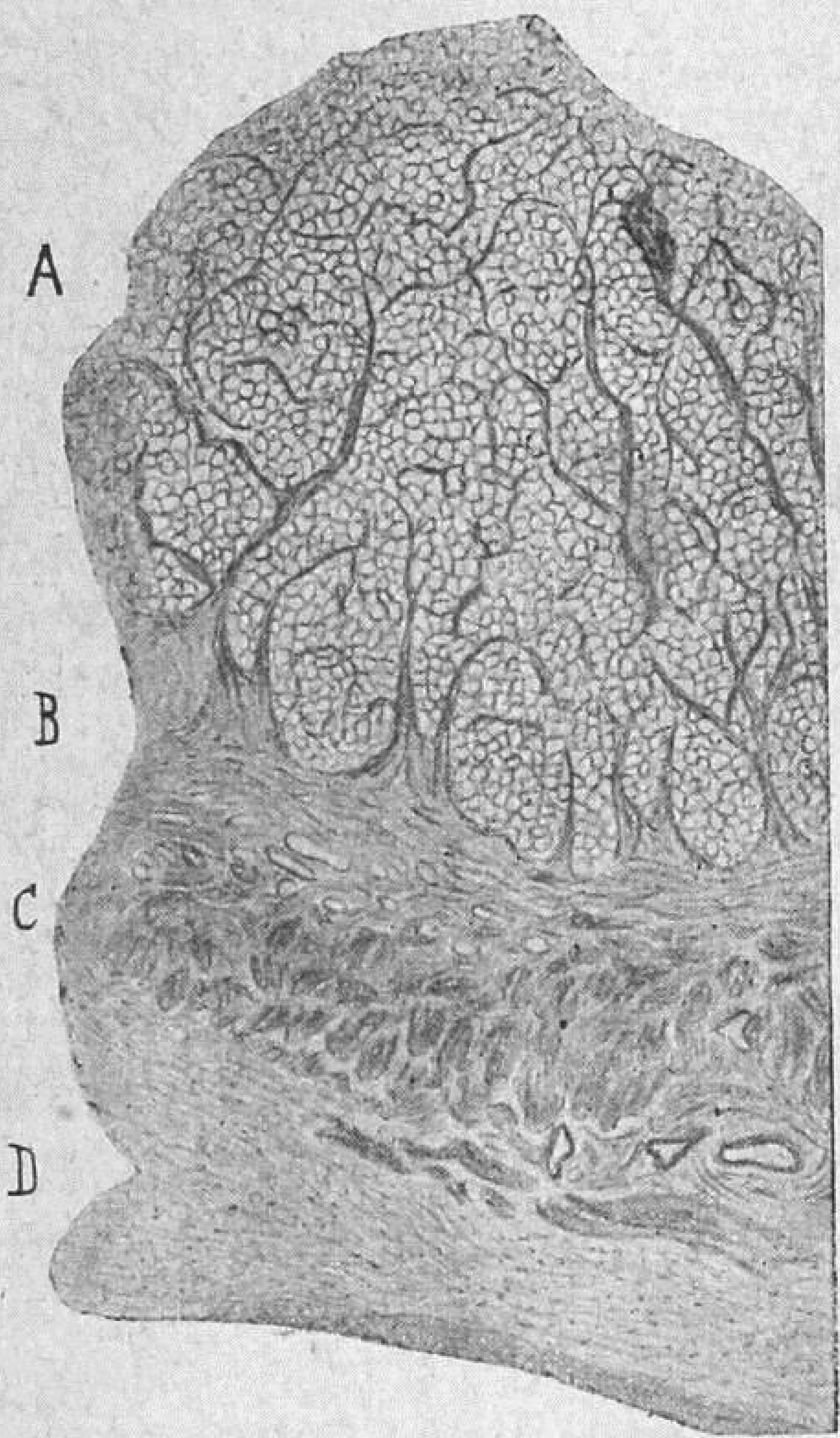


Fig. 2. — Sezione longitudinale del margine dell'ulcera (ingrandim. 6 diametri, semischematica): *A* mucosa; *B* sottomucosa; *C* muscolare; *D* sottosierosa. Il lato delle lettere corrisponde al lume dell'ulcera, ove il tessuto è quasi omogeneo e cosparso di colonie microbiche.

L'esame microscopico di sezioni radiali dell'ulcera fa rilevare i fatti seguenti:

I margini dell'ulcera sono costituiti da un orletto di mucosa proliferata, di struttura alveolare, in cui i tubuli epiteliali molto alterati, sono intersecati e limitati da spessa travatura connettiva proveniente dalla sottomucosa.

In questa travatura si osservano qua e là noduli di tessuto linfoide. La sottomucosa è molto ispessita, raggiunge lo spessore di millimetri 1 1/2 ed è costituita da tessuto fibroso con scarsi vasi. Gli strati muscolari sono abbastanza bene conservati, vi è solo un po' di aumento del connettivo interstiziale. Il tessuto sottosieroso è considerevolmente aumentato e raggiunge 3 mm. di spessore; è costituito anch'esso da tessuto connettivo compatto con scarsi vasi. Lo strato endoteliale è quasi completamente sfaldato. Gli elementi di tutti i tessuti sono notevolmente alterati dalla putrefazione, ma dappertutto i nuclei sono fortemente colorati, con tendenza anzi alla picnosi. Solo per un piccolo tratto di fronte al lume dell'ulcera, non si osservano più nuclei in nessuno degli strati; questi constano di tessuto colorato uniformemente, quasi privo di struttura e nel cui seno vi sono numerose colonie di microorganismi (fig. 2).

La morte fu dunque dovuta a peritonite fibrinosa per rottura di un'ulcera rotonda del duodeno.

In quale rapporto stanno questi fatti clinici con il traumatismo subìto 8 giorni innanzi all'esito letale? ed è accettabile l'ipotesi che la morte sia stata causata da infortunio del lavoro, e debba perciò essere liquidata l'indennità relativa?

Premettiamo che l'avvenimento di cui fu vittima il P. riunisce nella maniera più tipica i requisiti legali dell'infortunio del lavoro: sono evidenti la causa violenta, la stretta dipendenza dal lavoro. Rimane invece da dimostrare se veramente esso abbia avuto per conseguenza la morte, o solamente l'invalidità temporanea dovuta alla lussazione del gomito ed all'eventuale commozione viscerale.

Un traumatismo del genere di quello in questione può in realtà portare a morte nel modo anzidetto e allora si prospettano ordinariamente le seguenti possibilità:

1° il trauma fu causa dell'ulcera, la quale si ruppe successivamente;

2° il trauma fu causa della rottura di un'ulcera preesistente.

Può invece realizzarsi l'ipotesi: 3° che l'ulcera e la sua rottura siano affatto indipendenti dal trauma, e che tra essi esistano solamente rapporti di coincidenza casuale.

A dilucidare tali questioni dovrebbe giovare un'anamnesi la quale ci dicesse se il P. anteriormente al trauma patisse disturbi imputabili ad un'ulcera.

Secondo le affermazioni dei congiunti il P. avrebbe sempre goduto di un salute invidiabile e di eccellente appetito, nè in ispecie avrebbe mai accusato alcun disturbo digestivo.

Non si può fare un grande assegnamento su queste testimonianze provenienti dai congiunti che avrebbero dovuto godere il beneficio dell'indennità. Può tuttavia avvenire ed anzi avviene frequentemente, nonostante i progressi diagnostici di questi ultimi tempi, che l'ulcera duodenale passi realmente inosservata e si riveli solo nei suoi esiti fulminei.

Maggiormente soccorre qui il reperto anatomo-patologico.

La considerevole proliferazione e l'ispessimento dell'orlo mucoso, la consistenza fibrosa delle parti soggiacenti, la forma ad imbuto caratterizzano l'ulcerazione cronica, di fronte alla nettezza ed all'usura a terrazzo propria dell'ulcera acuta.

Anche il reperto istologico, che dimostra l'iperplasia epiteliale e la trasformazione della sottomucosa e della sottosierosa in tessuto fibroso cicatriziale, accerta che l'ulcerazione doveva risalire ad un tempo lungo, notevolmente maggiore di 8 giorni.

Perciò si deve ammettere che il trauma non fu causa dell'ulcera, ma che questa costituiva una circostanza morbosa preesistente ad esso. L'anamnesi accurata non potè rivelare la prima origine di questa ulcera; non si potevano incolpare nè malattie infettive, nè ustioni, nè saturnismo, nè anemia. Tuttavia per quanto i parenti asserissero che il P. era sempre stato in ottima salute, risultarono al tavolo anatomico segni di peritonite adesiva (aderenze epatodiaframmatiche ed epato-gastriche) che dimostrano l'esistenza di una qualche malattia addominale pregressa, e questa, secondo i concetti moderni, può fondatamente considerarsi come origine dell'ulcera.

Il trauma era invece indubbiamente atto a provocare la rottura di un'ulcera preesistente. Per la sua intensità, che potè causare la lussazione di un'articolazione fornita di mezzi legamentosi tenacissimi, determinò sicuramente un forte scuotimento della massa viscerale, e il P. dovette inoltre reagire alla caduta con uno sforzo generale notevole.

Tuttavia dalla sintomatologia presentata dal P. dopo l'infortunio e specialmente nei primi momenti, non risulta che realmente la rottura sia senz'altro imputabile al trauma.

Dopo l'accidente il P. si lagnò di dolore al gomito ed alla parte sinistra della base del torace, mentre non accusava alcun dolore, forte o lieve, all'addome e tanto meno alla regione epigastrica. Il chirurgo che lo visitò immediatamente dopo, e ridusse la lussazione (come mi riferì personalmente) non rilevò nulla all'addome. Nessun sintomo insorse per 5 giorni successivi, e ciò fu pure verificato da altro chirurgo. Il paziente si recava a piedi dalla sua casa all'ospedale e trovava gli amici alla bettola. Però, come venne sopra riferito, dopo il trauma sarebbero intervenuti disturbi, che contrastavano colla ottima salute soggettiva di cui godeva il P. prima dell'infortunio. Egli aveva l'alvo chiuso, mancanza di appetito e svogliatezza, nausea frequente che si mutava in veri e proprii sforzi di vomito, specie dopo il pasto, a tal punto da indurre il P. intrepido bevitore, a rifiutare una buona bottiglia.

Questi sintomi non possono in alcun modo essere messi in relazione con una peritonite da perforazione in atto. Essi molestavano tuttavia a tal punto il paziente da indurlo 5 giorni dopo il fatto a prendere un purgante. Ed ecco allora entro a poche ore un improvviso cambiamento di scena: intervengono vomiti continui, dolori addominali violentissimi, meteorismo, tutti sintomi classici di una peritonite acutissima la quale porta a morte il paziente dopo circa 60 ore.

Non mancano nella letteratura i casi in cui la morte avvenne per peritonite da perforazione di ulceri (gastriche) e si attribuì questo esito ad un infortunio avvenuto anche più di 8 giorni prima (Menne). Tuttavia, poichè si sa che siffatte ulceri possono rompersi all'infuori di qualsiasi momento occasionale apprezzabile (Brunner), è necessaria per la fondatezza di questa relazione eziologica, la continuità di sintomi tra le conseguenze immediate del trauma e la peritonite.

Ora nel nostro caso manca appunto questa continuità, esiste cioè un lunghissimo intervallo nel quale possiamo escludere l'esistenza di una perforazione. Il manifestarsi fulmineo dei sintomi peritonitici si può ben localizzare alcune ore dopo l'assunzione del purgante, e ci si può valere di questa successione cronologica per supporre che l'esagerata stimolazione intestinale non sia estranea alla rottura mortale e ne possa rappresentare la causa occasionale.

Comunque sia, non è sostenibile che il trauma abbia, in via immediata, provocato la rottura dell'ulcera, la quale si accompagna subito o ben tosto ad atroci dolori addominali. Neppure è sostenibile che il trauma abbia, come talvolta succede, provocato la rottura dell'ulcera in una sacca peritoneale e questa siasi aperta secondariamente. Infatti nel nostro caso non vi era traccia di sacca, il duodeno era libero da qualsiasi aderenza e l'ulcera si era rotta direttamente nella grande cavità peritoneale.

Non rimarrebbe adunque che negare la dipendenza tra la peritonite mortale e l'infortunio. Senonchè vi è una circostanza che deve trattenere dal pronunciare un simile giudizio, e precisamente l'insorgenza subito

dopo il trauma dei notevoli disturbi digestivi sopra descritti, i quali continuarono nei giorni successivi. L'interpretazione di questi disturbi costituisce veramente la difficoltà medico-legale di questo caso. Non par dubbio che detti fenomeni debbano considerarsi come sintomi clinici dell'ulcera fino allora latente, poichè il robusto organismo del P. non presentava alcun'altra lesione cui sia possibile attribuirli. La stretta dipendenza cronologica tra l'infortunio e la loro manifestazione fa pensare che l'infortunio stesso abbia potuto in qualche modo influire sulla malattia aggravandola o accelerandone il decorso.

Si pone perciò la questione gravissima dal punto di vista forense, se l'infortunio, sebbene non abbia immediatamente causato la rottura dell'ulcera, non possa tuttavia considerarsene la causa mediata, per avere modificato, aggravandolo, il decorso spontaneo della malattia.

Una questione di questo genere, che è, a quanto mi risulta nuova (essa è solo accennata da un punto di vista teorico nelle memorie riassuntive di Ranelletti e Petit a proposito dell'ulcera gastrica), non può esser risolta se non sulla base della patogenesi dell'ulcera peptica e delle circostanze che possono influire sul suo decorso. E per vero dire le conoscenze mediche su quest'argomento non eran tali fino a poco tempo fa, da poter fondare un giudizio medico-legale sia pure di probabilità. Ma ultimamente si è venuta costituendo una dottrina patogenetica dell'ulcera peptica, la quale non può rimanere senza influenza sul giudizio medico-legale dei rapporti tra i traumi e l'ulcera. Questa dottrina si può trovare esposta nei lavori di Eppinger ed Hess, di Rössle, Lichtenbelt, v. Bergmann e allievi. (V. pure la tesi di Lurà : « La Vagotonia ».

Secondo tale dottrina l'ulcera peptica si troverebbe in individui « vagotonici » cioè provvisti costituzionalmente di un'abnorme eccitabilità del sistema nervoso viscerale, la quale si manifesta per sintomi senz'altro rilevabili (occhio lucente, esoftalmo, mani e piedi freddi e con iperidrosi, tremore, ipercloridria, stipsi spastica, dermografismo) e per una sensibilità esagerata ai farmaci del vago, pilocarpina, eserina, atropina, ecc.

Nella gran maggioranza dei casi di ulcera si ha uno stato « neurotico » generale, accompagnato da disturbi delle funzioni dello stomaco o del duodeno presiedute dal sistema nervoso viscerale. Specialmente notevoli sono i disturbi secretori (iperacidità) e quelli motori, tendenti allo spasmo. Radioscopicamente sono ben dimostrabili questi spasmi muscolari che possono essere del tutto localizzati. La genesi dell'ulcera viene riferita appunto allo spasmo completo delle tonache contrattili, con interruzione della circolazione nelle zone corrispondenti della parete, e digestione successiva per opera del succo gastrico. Questi spasmi sarebbero di origine riflessa, ed il punto di partenza del riflesso starebbe in lesioni morbose o traumatiche che si riscontrano quasi sempre nei casi di ulcera, tanto che Rössle qualifica questa « seconda malattia ». Per la genesi di questi riflessi spastici occorre ad ogni modo la particolare costituzione « vagotonica ».

In quanto alla natura della lesione originaria, primeggiano le lesioni addominali, e particolarmente le appendiciti, che si trovano spesso nelle anamnesi dell'ulcera peptica (V. Eiselsberg) ; ma l'ulcera può seguire a lesioni od interventi operatori o traumi in regioni svariate, come ad esempio il capo (Dietrich). Secondo l'esperienza clinica del v. Bergmann anche i traumi psichici, od i dolori intensi in qualsiasi regione potrebbero provocare lo spasmo, e l'ulcera conseguente. Quando in grazia alla disposizione spastica del tubo gastro-enterico, continuino gli spasmi nello stesso punto, l'ulcera diventerebbe cronica.

Questa teoria che ho potuto solo brevissimamente accennare è fondata su molteplici osservazioni cliniche e sperimentali.

Ognuno può vedere quanto essa sia importante dal punto di vista medico-legale, poichè muta ed allarga in modo notevolissimo i nostri concetti circa la genesi traumatica dell'ulcera gastro-duodenale. Ma poichè nel mio caso si poteva escludere che l'ulcera fosse di origine traumatica, essa non c'interessa sotto questo riguardo. Invece può benissimo comprendersi in base ad essa come il trauma abbia potuto influire sul decorso dell'ulcera preesistente.

Purtroppo non è stato possibile in questo caso raccogliere i sintomi clinici della vagotonia, i quali sono di natura puramente funzionale. Risulta solamente che si tratta di un individuo giovane, nell'anamnesi del quale non si riscontrano le cause solitamente invocate dell'ulcera duodenale (ustione, saturnismo, ecc.), mentre invece, conformemente ai concetti del Rössle, si trovò al tavolo anatomico quest'ulcera quale « seconda malattia » accanto ai segni di una pregressa lesione addominale. E questi elementi di giu-

dizio, se non altro, si accordano bene con la patogenesi vagotonica. Ora se il P. era un vagotonico, l'intenso traumatismo rappresenterebbe un'origine adeguata di riflessi viscerali del vago, e perciò potrebbero essere intervenuti spasmi nella regione dell'ulcera, con ischemia consecutiva e rapida progressione dell'ulcera stessa. Sarebbe certamente arrischiato affermare con sicurezza che ciò sia effettivamente avvenuto. Ma la successione immediata al traumatismo di disturbi dispeptici d'apparenza spastica (sforzi di vomito, stipsi ostinata non rimovibile dal purgante) e la loro continuità fino alla rottura dell'ulcera costituiscono buoni argomenti perchè possa venire ammessa la probabilità di un nesso patogenetico mediato tra il trauma e la rottura mortale. La dottrina della vagotonia (pur volendola considerare con riserva) illumina questa possibile dipendenza patogenetica. Perciò, pare equo nella valutazione medico-legale di questo caso il tener conto a vantaggio degli eredi dell'operaio della stretta successione cronologica e della verosimile dipendenza patogenetica, e ammettere che il traumatismo possa aver rappresentato un fattore concausale della morte.

In questo infortunio si potè dunque in modo assai facile e sicuro rispondere negativamente ai due quesiti che si presentano costantemente in questo genere di casi, e cioè se il trauma sia stato causa dell'ulcera, oppure della sua rottura.

Invece si presentò un altro quesito assai più difficile, che non viene affacciato dai trattati, vale a dire se il trauma possa aver aggravato il decorso dell'ulcera preesistente avviandola alla rottura. Le peculiarità del caso erano tali che a questo quesito si potè dare una risposta affermativa, e riconoscere nell'infortunio un fattore concausale della morte, se non in modo certo, almeno con un grado di probabilità che consentiva di proporre la liquidazione dell'indennità per morte da infortunio. Questa indennità venne liquidata in via amichevole.

LAVORI CITATI.

1. v. BERGMANN. *Das spasmogene Ulcus pepticum.* Münch. med. Woch., 1913, p. 169.
2. BRUNNER. *Das akut in die freie Bauchhöhle perforiende Magen und Duodenalgeschwür.* Deut. Zeit. f. Chir., 16, 101, 1903.
3. DIETRICH. *Statistische und aetiologische Bemerkungen zum Ulcus Duodeni.* Münch. med. Woch., 1912, p. 638.
4. v. EISELSBERG. *Ueber Magen und Duodenalblutungen nach Operationen.* Arch. f. klin. Chir., 59, 1899.
5. EPPINGER und HESS. *Die Vagotonie.* Berlin, 1910; Zeitschr. f. klin. Med., 67-68 1909.
6. LICHTENBELT. *Die Ursachen des chronischen Magengeschwürs.* Jena, 1912.
7. LURÀ. *La vagotonia.* Pavia, 1914.
8. MENNE. *Ueber subkutane Verletzungen des Magens,* etc. Arch. f. Orthop. u. Unfallchirurgie, 1-2, 4, 1906.
9. PETIT. *L'ulcère traumatique de l'estomac.* Thèse de Paris, 1913.
10. RANELLETTI. *L'ulcera traumatica dello stomaco.* Boll. Soc. Lancisiana Osped. di Roma, 25, 5, 1906.
11. RÖSSLE. *Das runde Geschwür des Magens und des Zwölffingerdarms als zweite Krankheit.* Grenzgeb. der Med. u. Chir., 25, 4, 1912.
12. THIEM. *Handb. d. Unfallerkrankungen.* Enke 1909, p. 456.
13. WESTPHAL u. KATSCH. *Das neurotische Ulcus duodeni.* Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 26, 3, 1913.
(Estesa bibliografia sull'ulcera duodenale si trova nella monografia di SPELTA: *L'ulcera duodenale.* Pavia, 1913).

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La tifosi sifilitica.

(PERRIN, BENECH, MASSON. *Paris Médical,* 8 agosto 1914).

Nel periodo evolutivo della sifilide secondaria o terziaria si può avere nei casi più ordinari un decorso febbrile, anche con febbri elevate. Nel periodo terziario però si hanno delle febbri di solito prolungate, simulanti la tubercolosi o la malaria; ma si verificano piuttosto raramente.

Invece una febbre discreta è quasi costante nel periodo secondario; ma in questo stesso periodo vi è un tipo febbrile osservato soltanto poche volte, con temperatura molto elevata accompagnata da uno stato generale tifoso allarmante. Il Fournier ha descritto questo tipo di febbre luetica fino dal 1880, quando classificò le febbri sifilitiche in tre gruppi distinti:

1. Febbri a forma intermittente.
2. Febbri a forma continua.
3. Febbri a forma atipica.

La forma continua si può presentare sotto un tipo particolare, definito dal Fournier col nome di *tifosi sifilitica.* È questa una forma molto raramente descritta nella letteratura.

Gli AA. ne descrivono tre casi tipici e molto istruttivi, anche per gli errori diagnostici ai quali sulle prime avevano dato luogo. In tutti i tre casi si aveva un decorso clinico che simulava quasi perfettamente il quadro di un'infezione eberthiana: nel primo caso la comparsa

repentina di un sifiliderma maculo-papuloso tipico, nel secondo la comparsa di placche mucose nella cavità buccale, nel terzo la scoperta di un'ulcera sifilitica nel piccolo labbro sinistro fecero correggere l'errore diagnostico. Fu istituita la cura specifica col salvarsan pura od associata con sali mercuriali, e quindi rapidamente la febbre e gli altri sintomi declinarono e scomparvero.

La febbre sifilitica a tipo continuo è molto meno frequente degli altri tipi febbrili: ma non è eccessivamente difficile osservarla nella pratica, con speciale prevalenza nella donna.

Questa febbre continua può durare da più giorni a parecchie settimane: si può paragonare all'imbarazzo gastrico febbrile a decorso lento. Secondo il quadro che ne ha fatto il Fournier, la febbre oscilla fra 37.°5 e 38.°5 circa, si accompagna ordinariamente con depressione di forze, anemia, cefalalgia, dolenzie, malessere generale. A questi fatti raramente si associano accidenti generali molto notevoli. È costante fra tutti un sintoma di capitale importanza: non vi ha dissociazione nei polsi dalla temperatura, come nella febbre tifoide.

Se questa febbre sifilitica è più intensa, e perdura in grado elevato, e se i fenomeni generali si esagerano, si ha allora la cosidetta *tifosi sifilitica* sopratutto quando vi sia adinamia profonda ed uno stato di torpore continuo. In queste condizioni quasi si imporrebbe la diagnosi di febbre tifoide vera.

Questa sindrome si osserva più frequentemente nella donna. I tre casi descritti dall'A. son tutti di sesso femminile; egli non l'avrebbe mai osservata nell'uomo. Morin attribuisce questo fatto al temperamento nervoso maggiormente irritabile della donna. A questo proposito deve essere tenuto in considerazione anche il fatto che il sifiloma iniziale è più facilmente riconoscibile nell'uomo e quindi in esso è maggiormente possibile la cura precoce dell'infezione. Per questa ragione dev'esser più raro che si verifichino nell'uomo tali sindromi di sorpresa.

Secondo le descrizioni classiche, i sintomi della tifosi sifilitica si dividono in due gruppi: gli uni riferibili allo stato febbrile, gli altri all'adinamia.

La temperatura può salire fino a 39°, 39°.5 ed anche 40° con oscillazioni di circa un grado. Il polso varia tra 110 e 120. Il polso di solito è pieno, valido, mai dicroto.

La lingua è coperta da patina bianca, spesso saburrale, ma non presenta in tutti i casi caratteri sempre identici.

La cefalea è intensa, spesso prevalentemente notturna, caratterizzata da una tenacità e violenza particolari, per cui si differenzia da quella della febbre tifoide. Non si ha epistassi. Raramente si rilevano piccoli gruppi di rantoli bronchiali o congestizi. Di rado si hanno fenomeni addominali.

L'adinamia domina la scena. I pazienti sono in uno stato di abbattimento profondo, di sonnolenza continua, dalla quale si risvegliano soltanto per lamentarsi del mal di testa. È tale l'abbattimento che talvolta l'infermo rifiuta il cibo, mentre che spesso l'appetito è ben conservato. Lo sguardo però è vivo, brillante, e non è mai smarrito come nel tifo.

A rischiarare la patogenesi di queste sindromi tifose dell'infezione sifilitica potrebbe essere utile lo studio del liquido cefalo-rachidiano di quest'infermi, lo studio delle variazioni della resistenza globulare e la ricerca delle emolisine contenute nel sangue.

La diagnosi della tifosi sifilitica è malagevole. La diagnosi positiva può fondarsi sopra un certo numero di *segni principali*: curva della temperatura, frequenza del polso, caratteri della cefalea, positività della reazione di Wassermann, negatività della sieroreazione di Widal, manifestazioni cutanee e dimostrazione della spirocheta pallida, e sopra alcuni *segni secondari,* quali la lingua patinosa bianca non arrostita, sguardo vigile, appetito conservato, ecc.

La temperatura non è mai così fissamente continua come nel tifo, e non presenta neppure le grandi oscillazioni del periodo anfibolico.

La mancanza della dissociazione del polso è molto caratteristica: è raro che nella febbre tifoide il polso raggiunga i 120 battiti, e li raggiunge soltanto in caso di complicazioni, come la polmonite, la miocardite, ecc.

La natura della cefalea è forse il sintoma migliore. Nel tifo si ha una cefalea abbastanza viva e persistente, mai così violenta ed ostinata come nei sifilitici, i quali non ne hanno mai tregua, e ne soffrono più di notte che di giorno. Si hanno dei parossismi notturni di dolore veramente insopportabili. Questi caratteri della cefalea possono bastare da soli per la diagnosi differenziale.

La reazione di Wassermann può aver valore diagnostico, ma non assoluto, perchè un soggetto tifoso può essere affetto anche di sifilide ignorata, perchè la reazione può essere ancora negativa se la tifosi si manifesta precocemente durante l'evoluzione dell'accidente iniziale, ed ancora perchè le alterazioni biochimiche che accompagnano la tifoide possono presumibilmente influire in qualche senso sull'andamento della reazione di Wassermann.

La negatività della siero-reazione di Widal ha un'importanza maggiore, sopratutto se la malattia è già al secondo settenario. Ma l'agglutinazione deve verificarsi in diluizioni sufficienti dall'1/50 all'1/100. La reazione nettamente positiva ci dà la diagnosi sicura di tifo; non è lo stesso se la reazione è negativa, perchè son frequenti le siero-razioni ritardate.

La comparsa improvvisa di manifestazioni cutanee o mucose naturalmente ha un'importanza capitale. La dimostrazione della spirocheta nell'ulcera o nel sangue avrà eguale valore.

L'efficacia manifesta della cura giova a confermare la diagnosi.

La diagnosi differenziale dev'essere fatta con tutte le febbri esantematiche nel periodo preeruttivo, con la tifo-bacillosi, l'imbarazzo gastrico febbrile, l'influenza, la febbre di Malta, i diversi stati di meningite, ecc. Ma sopratutto con la febbre tifoide dovrà farsi la diagnosi differenziale:

Febbre tifoide.	*Tifosi sifilitica.*
Epistassi iniziale frequente quasi costante.	Non epistassi.
« Facies » caratteristica stuporosa	Abbattimento delle forze e sonnolenza, piuttosto che stupore.
L'occhio è smarrito	Sguardo attento e vivo.
Lingua secca fuligginosa arrostita.	Lingua saburrale bianca, mai fuligginosa, talvolta con bordi arrossiti.
Disturbi gastro-enterici	Mancano per lo più.
Rantoli bronchiali alle basi . .	Assenza di sintomi bronchiali.
Roseola tifosa	Assenza di roseola; eventuale presenza di eruzioni specifiche.
La Wassermann può mancare .	La W. R. di solito è positiva.
Vidal positiva	Widal negativa.
Cefalea penosa e continua ma sopportabile.	Cefalea intensa feroce, con esacerbazioni notturne.
Disassociazione del polso e della temperatura.	Polsi frequenti.
Decorso della temperatura continuo caratteristico.	Decorso meno continuo.
Nessuna efficacia dalle cure specifiche.	Efficacia immediata dalla cura antisifilitica.

La prognosi della tifosi sifilitica è quella d'ogni forma di sifilide con generalizzazione rapida: comporta perciò una certa gravità. Si deve sorvegliare attentamente il sistema nervoso centrale e periferico, e tenersi pronti alle cure specifiche più intense.

La cura ha niente di speciale: è quella della sifilide grave. L'uso dei nuovi prodotti arsenicali deve essere fatto con una certa prudenza, per l'intensità che suole avere in questi casi la reazione di Herxheimer: è perciò bene iniziare la cura con le piccole dosi di salvarsan, possibilmente precedute da alcune iniezioni di sali mercuriali. È da raccomandarsi sempre la cura mista.

P. SABELLA.

CHIRURGIA.

L'anestesia paravertebrale nella chirurgia della calcolosi biliare.

(Dott. IURASZ. *Zentralblatt f. Chir.*, n. 35).

L'anestesia paravertebrale, la cui prima idea spetta a Sellheim, è entrata nel campo della pratica quando l'uso di maggiori quantità della soluzione innocua di novocaina unita a quella di adrenalina si è acquistato un posto duraturo nell'anestesia locale.

Läwen nel 1911 utilizzò per primo gli esperimenti di Sellheim e riferì sul successo ottenuto con l'anestesia paravertebrale in una pielotomia: egli raggiunse pienamente lo scopo iniettando 10 cmc. per volta di una soluzione al 1/2 % dal dodicesimo nervo dorsale al terzo lombare. Nel Congresso dei naturalisti nel 1911 anche Finsterer fece un breve cenno sugli esperimenti di anestesia del peritoneo della parete addominale posteriore con la iniezione d'una soluzione di novocaina all'1 % in prossimità dei gangli spinali; Kappis però ha veramente il merito di avere esteso il metodo paravertebrale con iniezioni presso il forame intervertebrale al collo, al torace ed all'addome e per ottenere l'anestesia dei punti di uscita dei nervi da ambedue le parti, e quindi la completa anestesia della cavità nelle operazioni addominali, usò dapprima 10 cmc. per volta e poi 5 cmc. di una soluzione all'1 1/2 % di novocaina e soprarenina. Poco dopo, nel 1912, Finsterer riferì su sei anestesie paravertebrali in operazioni eseguite nell'intestino tenue e nel crasso, solo in due delle quali il risultato fu negativo. Nella toracoplastica fu raccomandata da Wilms, Franke e Schumacher la semplice anestesia dei nervi intercostali invece dell'anestesia paravertebrale, iniettando la soluzione assai lontano dal forame intervertebrale, all'angolo delle coste. Franke ebbe a notare gravi fenomeni di collasso in seguito ad iniezioni nella colonna vertebrale e ritenne che essi fossero dovuti alla rapida ed estesa diffusione nella dura madre del midollo spinale.

Anche Kappis osservò alcuni casi di collasso (2 lievi su 30 anestesie paravertebrali). L'A. in molteplici anestesie paravertebrali in operazioni renali, di toracoplastica ed addominali non ha mai osservato fenomeni di tal genere e non crede che essi possano attribuirsi, come crede Franke, alla diffusione spinale; sarebbe invece dell'opinione che esista per alcune persone una certa intolleranza per la novocaina, specialmente per le soluzioni molto concentrate, ciò che confermano anche le osservazioni cliniche

nelle anestesie locali di altre parti del corpo, come nei denti, nel naso, ecc. Del resto la novocaina è un veleno che in grande quantità manifesta la sua azione in rapporto alla maggiore e più rapida superficie d'assorbimento, come sarebbe la dura madre. Kappis in un caso, per l'iniezione bilaterale di 11 segmenti, dovette fare 22 iniezioni di 10 cmc. ciascuna di soluzione all'1 1/2 % a brevissimo intervallo (3.3 cmc. di novocaina), una quantità grande per la tolleranza dell'organismo.

L'A. quindi è del parere che si possano evitare i fenomeni lamentati introducendo nel corpo quantità non eccessive o nella più leggera concentrazione, e quando, malgrado ciò, dovessero ripetersi ancora tali complicanze, questo metodo dovrebbe in tali casi essere senz'altro abbandonato.

L'A. non cessa di raccomandare l'uso dell'anestesia paravertebrale specialmente nella chirurgia delle calcolosi biliari e precisamente in quei casi in cui è controindicata l'anestesia generale. Egli in 2 casi ha potuto ottenere, senza alcuna anestesia della cute e del peritoneo, la completa insensibilità delle pareti addominali, del peritoneo e degli organi interni di destra con l'anestesia paravertebrale unilaterale ed adoperando 40 cmc. della soluzione di novocaina all'1 %; non ci fu neanche shock post-operatorio.

La tecnica adoperata dall'A. è la seguente: nel decubito laterale sinistro, con le gambe ripiegate sui ginocchi, viene dapprima (secondo il consigilo di Schumacher) reso insensibile con un'iniezione sottocutanea di una piccola quantità di soluzione di novocaina al 1/2 % un tratto di cute a 3 cm. circa di distanza dalla linea dell'apofisi spinosa; in questo tratto si penetra in corrispondenza della punta della 6ª apofisi spinosa con un ago fine e lungo e si raggiunge il bordo inferiore dell'apofisi trasversa ed immediatamente sotto di essa si affonda l'ago in direzione quasi mediana per la profondità di 1/2-1 cm. e con precauzione finchè il paziente non manifesti un dolore che si irradia in avanti.

In questo momento vengono depositati 5 cmc. della soluzione senza spostar l'ago. Il dolore cessa completamente dopo un minuto circa. Seguendo l'esempio di Braun, l'A. lascia infisso l'ago e con un altro simile al primo penetra in corrispondenza della prossima punta dell'apofisi spinosa ad egual distanza dalla linea dell'apofisi spinosa e ricerca il seguente processo trasverso più basso e sulla guida di questo, penetrando con l'ago in direzione quasi mediana, ricerca il nervo, ciò che si può riconoscere con sicurezza dal dolore irradiato. Dopo l'iniezione della novocaina vien subito estratto il primo ago ed introdotto nel 3° tronco nervoso da iniettare e così di seguito fino a completare il numero delle iniezioni che si crede necessario.

Nella sezione toracica inferiore non può più servir di norma la punta dell'apofisi spinosa, perchè, come si sa, le apofisi spinose stesse hanno in giù una posizione più ad angolo retto sulla colonna vertebrale; ed allora serve di norma la distanza fra un'apofisi trasversa e quella seguente data dai punti superiori d'iniezione. La tecnica esige dapprincipio una certa pazienza tanto da parte del medico, per la ricerca non sempre facile del nervo, che del paziente per il dolore alquanto intenso. È sopra ogni cosa necessario che si giunga in prossimità del forame intervertebrale, poichè le esperienze di Finsterer hanno dimostrato che pel ganglio spinale o rasente ad esso passa il ramo comunicante col nervo splancnico, la cui interruzione sensitiva è della massima importanza per ottenere l'anestesia unilaterale del peritoneo e degli organi intraaddominali.

La mancata od incompleta anestesia, constatata dall'A. nei primi casi di anestesia paravertebrale, si possono evitare, procedendo con le norme date ed in modo da non iniettare il liquido prima di esser sicuri dell'immediata vicinanza del nervo, ciò che si riconosce dal dolore irradiato, come afferma anche Kulenkampff per la sua anestesia del plesso.

L'iniezione bilaterale della colonna vertebrale, come l'ha eseguita Kappis, è affatto inutile per le operazioni della cistifellea, ma potrebbe, secondo l'A., essere praticata per le operazioni del sistema epatico e biliare; nè l'A. ritiene possibile che una quantità di 40 cmc. come quella adoperata nei due casi riferiti, possa provocare gravi fenomeni di collasso. L'unico svantaggio, come si è detto, è il dolore dell'iniezione.

Questo metodo non deve sempre sostituire la narcosi generale nelle operazioni di calcolosi biliare ma dev'essere riservata soltanto a quei casi, nei quali, per le gravi condizioni generali (vizi cardiaci, morbi polmonari, ittero cronico) non è possibile la narcosi generale.

DE CHIARA.

MEDICINA DI GUERRA.

Le malattie di cuore presso l'esercito.

(CH. FIESSINGER. *Journ. des prat.*, 2 genn. 1915).

L'O. afferma che soggetti cardiopatici sono in grado di sopportare, in certi casi, fatiche e strapazzi considerevoli, quali appunto si incontrano prestando servizio nell'esercito in guerra, purchè si sottomettano ad un metodico trattamento digitalico.

Egli riporta la storia di dodici ammalati, dei quali cinque erano affetti da affezioni del miocardio (miocarditi e cuori *renali*), uno da tachicardia parossistica, senza lesioni organiche, e sei da lesioni valvolari (tre insufficienze mitraliche, una stenosi mitralica e due insufficienze aortiche).

Nella maggior parte dei casi il trattamento è stato quello di somministrare 1/10 di milligrammo di digitalina cristallizzata per due o tre giorni alla settimana a titolo preventivo; e quando si notavano segni di insufficienza cardiaca, di dare la dose stessa per dieci giorni di seguito, con delle interruzioni consecutive di quattro giorni.

Dopo quattro mesi di campagna quattro malati dei quali tre ufficiali di fanteria affetti da vizio mitralico ed uno da miocardite leggera non hanno dato notizia di loro al medico. Colla semplice cura digitalinica preventiva essi poterono quindi sobbarcarsi alle fatiche della vita di guerra.

Due altri soggetti cardiorenali hanno abbandonato i servizii di prima linea, ma continuano a prestar l'opera loro con impieghi meno faticosi.

Un generale affetto da miocardite è stato ucciso da uno scoppio di *shrapnel* sull'Aisne.

Un soldato di 26 anni, riformato a suo tempo per insufficienza aortica, si è arruolato nuovamente come aviatore e, malgrado una caduta fatta, col suo apparecchio, che gli lussò la spalla e gli produsse contusioni multiple, visto che il cuore continuava a funzionare abbastanza bene, ha ripreso le sue ricognizioni aeree.

Un altro di 28 anni, sofferente di tachiardia parossistica, dopo aver per qualche mese prestato il proprio servizio, ha dovuto essere ricollocato in congedo, in seguito ad un nuovo attacco del suo male.

Un capitano di fanteria dell'età di 59 anni, già da sei anni affetto da crisi anginose e fenomeni di debolezza del miocardio in rapporto ad una lesione renale, ha prestato regolarmente il suo servizio fino a tutto novembre. Allora, dopo gravi strapazzi, andò soggetto ad un attacco di dilatazione acuta del cuore ed, in seguito, ad embolia della femorale e a cancrena del piede e della gamba.

L'amputazione dell'arto fu sopportata abbastanza bene, ma disgraziatamente dopo dodici giorni si produsse un'embolia della femorale dell'altro lato, ed in conseguenza cancrena e fenomeni settici.

Un maggiore medico di 35 anni, sofferente di stenosi mitralica, rimase dopo la precipitosa ritirata del XV corpo d'armata in Lorena, solo sul campo di battaglia a prestar le sue cure ai numerosi feriti (oltre settecento). Fatto prigioniero, e poi liberato perchè scambiato con altro ufficiale medico tedesco, raggiunse subito il proprio reggimento prendendo così parte ai combattimenti di Lassigny e di Roye. In seguito a tale *surmenage* l'A. stesso potè constatare che si era prodotto in esso un attacco di dilatazione acuta del cuore, con fenomeni dispnoici, e lo consigliò a prendersi quindici giorni di riposo, ma il malato si permise soltanto un riposo di quarantott'ore, ed è poi ritornato al suo posto.

G. MENDES.

Leggere alterazioni cardiache nei militari in guerra.

(A. MAGNUS-LEVY, *Berl. Klin. Woch.*).

L'A. ha osservato in molti soldati dei sintomi che potrebbero, a prima vista, sembrare quelli di una leggera insufficienza mitralica, talora legata ad un debole grado di stenosi.

Tali soggetti infatti accusavano accessi di cardiopalmo, senso di dolore precordiale, lieve dispnea nel compiere anche leggeri sforzi. Il polso raggiungeva la frequenza di 80-90-100 pulsazioni al minuto; l'urto della punta, assai marcato, avveniva in genere al quinto spazio, sulla linea mamillare, talora anche superandola di 1/2-1 centimetro.

L'ascoltazione, specialmente alla punta, ma anche sulla base cardiaca, faceva sentire un primo tono non netto, oppure un rumore sistolico, iniziantesi qualche volta anche prima della sistole, e rafforzantesi col far eseguire al soggetto dei movimenti. Dopo qualche sforzo o strapazzo corporeo, si notava anche un rinforzo del secondo tono sulla polmonare e la frequenza del polso ascendeva intorno alle 120 pulsazioni al minuto.

In qualche caso, pur esistendo gli stessi fenomeni obiettivi, mancavano i disturbi subiettivi e l'acceleramento del polso, e forse tal fatto era in relazione a migliori condizioni del miocardio.

L'A. discute tre ipotesi avanzate per spiegare quest'insieme di sintomi, che afferma frequenti fra i soldati in guerra. Si può pensare che si tratti realmente di un'antica e leggera cardiopatia, messa in evidenza da un indebolimento del miocardio in seguito agli strapazzi della vita al campo; ipotesi questa che quasi mai è dato di poter confermare con dati anamnestici, perchè difficilmente cardiopatie così leggere erano note in precedenza.

Il Brugsch ritiene invece che si possa in questi casi riferire il complesso sintomatico esposto, ad una leggera endocardite reumatica ed i

movimenti termici, che spesso lo accompagnano, confermerebbero la natura infettiva degli accennati disturbi cardiaci. L'A. però osserva che anche l'endocardite più leggera non ha mai un decorso così semplice e benigno come si riscontra nei casi descritti: mancano d'altronde molti dei sintomi comuni dell'endocardite e mancano soprattutto le frequenti alterazioni articolari, che ad essa spesso si accompagnano.

Secondo una terza ipotesi, che è quella a cui l'A. sembra dare maggior valore, i continuati *surmenages* della vita di guerra sarebbero causa di una dilatazione cardiaca secondaria a l'abnorme pressione, che le marce faticose e gli strapazzi continuati per settimane e mesi, senza adeguato riposo, finirebbero per produrre nel sistema circolatorio.

Si produrrebbe così il così detto *cuore forzato*, con fenomeni di dilatazione e di insufficienza relativa, che sarebbero sufficienti a dar luogo alle manifestazioni sintomatiche descritte.

G. MENDES.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'11 dicembre 1914.

MORPURGO. *Sull'azione delle iniezioni di autolisati di sarcoma dei ratti sull'attecchimento e sullo sviluppo dello stesso tumore.* — L'O. si è servito nelle sue esperienze di un sarcoma a cellule fusate e di razze diverse di topi, alcune molto recettive, altre affatto refrattarie all'innesto del tumore. Egli preparava l'autolisato tagliuzzando il tumore, lavandolo in acqua comune, triturandolo poscia con sabbia e trattandolo quindi con acqua cloroformata per 5-6 giorni in termostato. Tale autolisato era conservato al fresco e liberato dal cloroformio al momento dell'uso facendovi gorgogliare dell'aria.

In una prima serie di ratti portatori del sarcoma in varii stadii di sviluppo venne praticata una sola iniezione di cmc. 5 dell'autolisato per 100 gr. di animale. In nessuno di tali ratti si osservò diminuzione o scomparsa del blastoma, anzi in tutti un accrescimento assai cospicuo.

In una seconda serie di esperienze l'autolisato venne iniettato in topi appena innestati col blastoma. In quasi tutti, 8 su 9, si ebbe lo sviluppo del blastoma collo stesso periodo di latenza e con lo stesso sviluppo degli animali non innestati.

L'iniezione venne fatta, in una terza serie, in topi della razza recettiva prima dell'innesto del tumore. In tutti il tumore si sviluppò senza alcun ritardo.

Le esperienze vennero fatte in una quarta serie su topi di razza refrattaria i quali in seguito all'iniezione dell'autolisato si mantennero tali.

In una razza di topi che era meno sensibile per il tumore, di modo che l'innesto dava un attecchimento soltanto nel 20 % dei casi, l'iniezione dell'autolisato venne fatta dopo l'innesto; la percentuale dell'attecchimento salì al 60 %; inoltre animali che al primo innesto erano stati refrattari si dimostrarono recettivi al secondo.

L'O. quindi conchiude che le iniezioni di autolisati di sarcoma non diminuiscono la recettività dei topi al sarcoma stesso, agevolano l'attecchimento e lo sviluppo dei trapianti negli animali di razza poco recettiva, non modificano la refrattarietà individuale.

G. BERTONE. *Innesti auto ed omoplastici di pelle ed azione dell'iperemia sull'attecchimento dei medesimi.* — Allo scopo di studiare il processo dell'attecchimento dell'innesto, la sorte degli annessi cutanei e l'influenza su tale attecchimento dell'iperemia sia attiva (prodotta mediante l'estirpazione del ganglio simpatico cervicale superiore) che passiva (prodotta mediante l'applicazione di un laccio di gomma alla base del padiglione) l'osservatore ha fatto una serie di trapianti liberi auto ed omoplastici di pelle del padiglione dell'orecchio del coniglio.

Egli constatò in tutti i casi di innesti autoplastici attecchimento vero e proprio del lembo e conservazione degli annessi cutanei ed in ispecial modo dei peli i quali nella nuova sede conservavano i caratteri che avevano precedentemente; in tutti i casi di trapianti omoplastici (tranne che in uno solo fra quelli eseguiti su animali consanguinei dello stesso parto) osservò mummificazione del lembo innestato la quale si iniziava dopo 5-7 giorni durante i quali pareva che l'innesto dovesse sopravvivere.

L'iperemia attiva e passiva non dimostrarono avere influenza alcuna poichè il lembo innestato nell'orecchio iperemizzato non sopravvisse mai quando nell'altro orecchio necrotizzava, e neppure un innesto autoplastico in un orecchio iperemizzato non guarì mai in un tempo più breve di quanto impiegava a guarire nell'altro orecchio.

L'esame microscopico eseguito in tutti i casi (venti complessivamente) dimostrò che l'attecchimento doveva considerarsi come una sopravvivenza, nel vero senso della parola, del lembo nei suoi vari elementi (epiteliali, connettivali,

elastici) e non come una lenta, dal punto di vista clinico, insensibile sostituzione degli elementi con altri neoformati dal tessuto circostante; dimostrò inoltre che il tessuto così conservato era unito al tessuto circostante mediante una sottile cicatrice analoga perfettamente a quella che residua alla guarigione per primum di una ferita cutanea lineare a margini sottili.

Dr. SANGIORGI. *Di un reperto nella verruca porro.* — L'A. dice di studiare da parecchio tempo questa affezione sotto il punto di vista microbiologico seguendo i concetti di Prowazek, Borrel, Lipschütz, ecc.

Trattando le sezioni di verruca porro (3 casi) col metodo di Mann ha fissata la sua attenzione sopra delle immagini eosinofile caratteristiche per il loro aspetto e sopratutto per la disposizione loro rispetto al nucleo delle cellule entro le quali risiedono.

Tali corpi si trovano nello strato granuloso e nelle prime cellule dello stato spinoso: mancano negli strati più profondi della rete. Le cellule entro le quali risiedono tali corpi sono alterate in quanto che hanno il protoplasma vacuolizzato ed il nucleo ricacciato alla periferia. Per quanto riguarda il loro significato l'A. riferendosi sopratutto alla loro caratteristica disposizione rispetto al nucleo delle cellule, ritiene di potere per analogia risalire al concetto delle così dette «inclusioni» dei Clamidozoi, analoghe quindi ai corpi del vaiuolo, della rabbia, del mollusco contagioso, ecc., che da Prowazek, Borrel, Lipschütz sono stati interpretati come prodotti di reazione cellulare contro il *virus.*

Circa la natura di questi corpi l'A. ritiene in base a diverse reazioni microchimiche praticate che siano probabilmente di natura cheratinica come i corpi di Handerson e Peterson del mollusco contagioso.

MACCONE. *Sulla frequenza del genere «Proteus» nelle diarree estive della infanzia.* — L'A. ha osservato il *proteus vulgaris* 20 volte in 31 campioni di feci provenienti da poppanti affetti da diarrea, gastroenteriti, enterocoliti. In due casi il proteo era associato al *b. piocianeo,* in un caso al *b. fluorescens* non *liquefaciens* di Lesage, in un notevole numero di casi a forme di b. coli e b. similcoli. In un terzo dei casi per quanto si trattasse di poppanti il reperto positivo del *proteus* nelle feci doveva essere attribuito all'ingestione di frutta o di legumi.

MANONE. *Allattamento artificiale e presenza nel sangue di fermenti digerenti l'albumina del latte.* — L'A. ha allevato tre cagnolini per un mese circa con latte di mucca e dopo 30-35 giorni ha fatto sul loro sangue la reazione di Abderhalden mettendo a contatto nei dializzatori 1-2 cmc. di siero e 1/2-1 gr. di poltiglia di plasmone, riuscendo a dimostrare nel liquido dialisato costantemente la presenza di sostanze reagenti con la ninidrina, avendosi anzi per lo più una reazione positiva intensamente.

Il liquido dialisato dal siero solo dava reazione negativa, come pure il liquido dialisato col solo plasmone.

L'O. conclude quindi che somministrando del latte di mucca a cani si ottiene dopo un certo tempo la produzione nel sangue di fermenti digerenti l'albumina del latte di mucca.

PIETRO SISTO.

Società medica di Parma.

Sedute del 27 novembre e del 19 dicembre 1914.

GARBARINI-GHEZZI. *Ancora sulla rachianestesia nell'ileo spastico.* — Gli AA. aggiungendo altri due casi ai precedenti già comunicati di pseudoocclusione intestinale vinti con la rachianestesia novocainica nuovamente rilevano la importanza di questo mezzo nella terapia di tali forme.

ALDO MARZIANI. *Contributo all'istologia del Rinofima.* — L'A. riscontrò nel tessuto istologico del Rinofima tutte le caratteristiche d'una infiammazione cronica del derma reticolare e profondo, neoformazione ed ectasia vasale, ipertrofia e neoformazione di glandole sebacee: tale neoformazione prende le mosse dall'epitelio della parete glandolare.

Questo riscontro è degno di nota perchè viene a confermare la possibilità di neoformazione di glandole sebacee nella vita extrauterina.

INDELICATO e DI GIACOMO. *Sui tumori maligni primitivi del polmone e della pleura.* — Descrivono due casi di neoplasma primitivo pleuropolmonare, osservati durante il loro servizio nell'Ospedale Maggiore, e la cui diagnosi fatta in vita fu confermata al tavolo anatomico.

Hanno creduto opportuno di studiare tutti i casi di tumori primitivi pleurici e polmonari, osservati su oltre 22,000 autopsie eseguite nell'Istituto di anatomia patologica della R. Università di Parma. Ne hanno raccolti 23: di cui diciotto del polmone e cinque della pleura. Dopo esposte alcune considerazioni anatomo-patologiche si sono intrattenuti sui criteri clinici per formulare una esatta diagnosi in vita.

INDELICATO. *Sulla misurazione della tensione del liquido cefalo-rachidiano.* — L'A. ha trovato che la pressione normale del liquido cefalo-rachidiano oscilla tra 340-400 mm. di acqua in posizione seduta. Ritiene fallaci i metodi di mi-

surazione ad occhio perchè soggetti a molte cause di errore e avverte che anche le misurazioni manometriche possono trarre in inganno se non si seguano determinate norme.

Prof. P. GUIZZETTI. *Principali risultati della applicazione grossolana a fresco delle reazioni istochimiche del ferro sul sistema nervoso centrale dell'uomo e di alcuni mammiferi domestici.* — Nelle cavie i risultati sono negativi. Per gli altri animali esaminati il *globus pallidus* incomincia a dare le reazioni del ferro, ma tardive e deboli, nei conigli maturi, e poi le dà, mano mano sempre più pronte e spiccate, nel gatto, nel cane, nel *macacus resus*, nel maiale, nella pecora, nella capra, nell'asino, nel cavallo, nel bue e nell'uomo.

In tutti questi stessi animali e nell'uomo si associa al *globus pallidus* per il medesimo carattere anche la *substantia nigra*. Solamente pel gatto essa rimane negativa, ma probabilmente perchè si trattava di un animale ancora troppo giovine.

Nei conigli, gatti, cani e maiali il *globus pallidus* e la *substantia nigra* rimangono le sole parti che danno le reazioni del ferro.

Invece nelle capre, asini, cavalli e buoi a queste due se ne aggiunge una terza, il *nucleo dentato* del cervelletto. Quindi in questi animali si hanno tre parti siderofere principali: il *globus pallidus*, la *substantia nigra* e il *nucleo dentato del cervelletto.*

Se si passa ora all'uomo, il nucleo dentato si è pure aggiunto, ma di più sopravviene anche il nucleo rosso, il quale negli animali da me esaminati non ha mai dato alcun segno in questo senso. Di conseguenza nell'uomo le parti che danno nel grado più spiccato le reazioni del ferro sono divenute quattro: il *globus pallidus*, la *substantia nigra, il nucleo dentato del cervelletto* e il *nucleo rosso.*

È poi interessante di seguire lo sviluppo di queste reazioni in rapporto all'età degli animali.

Negli animali giovani la reazione manca dapprima in tutte le parti, come ne ho avuta la prova nel vitello e nei conigli. Poi in un'età leggermente superiore compare prima nel *globus pallidus*, come ho visto nei cani. Più tardi si estende alla *substantia nigra*, come pure ai *nuclei dentati* del cervelletto, ben inteso in quelle specie in cui anche questi sono positivi.

Io però ho seguito lo sviluppo molto più completamente nell'uomo. Nel feto, con limitata mielinizzazione della capsula interna, tutto rimane negativo. Nel bambino, con mielinizzazione quasi completa della capsula, la reazione incomincia a comparire nel solo *globus pallidus*. Nei bambini da nove mesi ad un anno al *globus pallidus* si è aggiunta anche la *substantia nigra*. A due anni di età viene in scena anche il *nucleo rosso*. Per ultimo segue il *nucleo dentato*, il quale incomincia a dare la reazione al più presto a tre anni, ma talvolta anche più tardi fin oltre i sette anni.

Per tutte queste formazioni, all'età in cui la reazione si inizia, il colore nella soluzione cloridrica tarda a comparire e poi è sbiadito, pallido; ma salendo mano mano negli anni va comparendo sempre più presto e si fa anche più intenso.

Il *globus pallidus* fin da principio si colora in modo diffuso, al più con lieve prevalenza del segmento interno e ad otto anni ha raggiunto il massimo di intensità, che conserva poi per tutta la vita.

La *substantia nigra* incomincia a colorirsi dal lato ventrale verso la parte mediale e solamente più tardi (a 16 anni in modo certo) ha raggiunto la sua colorazione totale, completa e definitiva.

I *nuclei dentati* principiano a tingersi dalla parte latero-ventrale e tanto essi quanto i *nuclei rossi* raggiungono il massimo della loro colorazione forse dopo i 25 anni.

A sviluppo completo poi tutte queste quattro parti (globus pallidus, substantia nigra, nuclei rossi, nuclei dentati) incominciano a colorirsi subito dopo l'immersione nella soluzione cloridrica, si tingono in modo completo nello stesso tempo e il grado della loro tinta è quasi eguale in tutte.

Dott. GHEZZI. *Pseudo-diverticolo della vescica.* — L'A. comunica un'osservazione atta a dimostrare la possibilità di errore nella diagnosi del diverticolo vescicale, dovuta a manifestazioni della cisti pielo-nefrite con abnorme orificio di sbocco di un uretere e dilatazione dello stesso.

M. COPELLI.

Il fascicolo di febbraio della nostra Sezione Chirurgica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. G. BAGGIO. *Intorno ai così detti « tumori flogistici » dell'addome.*

2. Dott. CESARE SILVAN. *Sopra un caso di esoftalmo pulsante guarito in seguito alla legatura della carotide comune.*

3. Dott. ANTONIO MILIANI. *Un caso di ascesso retroperitoneale che dimostra un errore di diagnosi imputabile alla separazione endovescicale delle urine, associata alla cistoscopia a visione diretta.*

4. Dott. ANGELO CHIASSERINI. *L'iniezione di alcool nei gangli spinali.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La prova della fenolsulfoneftaleina nei brightici.

Secondo F. Widal, A. Weil, P. Radot (*La Presse Médicale,* 1914, n. 54), il problema principale da affrontare in presenza d'un nefritico è di sapere se esiste un disturbo nell'eliminazione dei cloruri o dei rifiuti azotati. Risulta ormai dimostrato infatti che la ritenzione di tali sostanze, caratterizza l'insufficienza renale, e che si possono distinguere nelle nefriti due sindromi, talora associate, talora dissociate, determinate l'una dalla ritenzione dei cloruri, l'altra dalla ritenzione dell'urea. Con metodi diretti (bilancio dei cloruri, dosaggio dell'urea nel sangue), l'una e l'altra di queste ritenzioni possono essere determinate con precisione.

Prima che fossero noti questi fatti, si era tentato d'esaminare l'impermeabilità renale nelle nefriti per mezzo delle eliminazioni provocate. Achard e Castaigne proposero l'uso del bleu di metilene e dettero grande impulso al loro metodo; ma le cognizioni nuove sulle funzioni renali e la ricerca delle eliminazioni naturali hanno modificato notevolmente l'importanza di tali prove artificiali, che non possono avere utilità clinica, inquantochè non corrispondono esattamente alle eliminazioni fisiologiche.

Gli AA. hanno compiuto indagini per assodare se esiste nell'insieme un certo parallelismo tra diminuzione della permeabilità al bleu ed elevazione del coefficiente d'Ambard, ed hanno concluso che sulla prova al bleu di metilene non può basarsi una determinazione attendibile della funzione ureo-secretoria.

Il disaccordo tra eliminazione dell'urea ed eliminazione provocata non può essere che apparente; è probabilmente dovuto al fatto che nelle prove d'eliminazione provocata può intervenire una serie di fattori extrarenali: durata d'assorbimento, diffusione più o meno grande nei diversi umori, intervento del fegato e di altre ghiandole, e la trasformazione che possono subire nell'organismo le sostanze introdotte artificialmente.

Or non è molto Rowntree e Gerathy hanno proposto, come è noto, per la prova dell'eliminazione provocata la fenolsolfoneftaleina, dimostrando che nell'eliminazione di questa sostanza non agiscono le cause multiple, capaci di falsare i risultati delle altre prove di eliminazione.

La tecnica è la seguente: si fa orinare l'ammalato e lo si fa bere per favorire la diuresi; poi si pratica un'iniezione intramuscolare nella regione lombare di 1 cmc. d'una soluzione contenente mgr. 6 di fenolsolfoneftaleina; un'ora e dieci minuti dopo lo si fa urinare di nuovo; si alcalinizza l'urina con soda e si ottiene una colorazione più o meno rossa; si diluisce quest'orina con acqua distillata fino ad un litro. Si prepara poi per raffronto una soluzione di fenolftaleina e si alcalinizza; ad essa si raffronta l'orina in esame mediante un colorimetro a scala graduata. In un'ora e dieci minuti un individuo, i cui reni funzionano normalmente, deve eliminare da 51 a 63 per cento di ftaleina.

Gli AA. hanno voluto verificare il valore di questa prova comparando, in soggetti normali, nefritici e cardiopatici, l'eliminazione della fenolsulfoneftaleina, e la cifra d'urea del sangue col coefficiente ureo-secretorio.

È risultato che esiste realmente un parallelismo notevole.

L'eliminazione della ftaleina, sostanza accidentalmente introdotta nell'organismo, e sulla quale i fattori extrarenali sembrano non avere influenza, risulta quasi rigorosamente parallela all'eliminazione dell'urea, misurata col coefficiente d'Ambard.

Dal punto di vista pratico la prova della ftaleina dunque non soltanto è la più semplice ma anche la più precisa delle prove d'eliminazione provocata; e poichè porta agli stessi risultati del coefficiente ureo-secretorio, va interpretata in modo analogo alla costante d'Ambard.

Le ricerche eseguite sul dosaggio dell'urea nel sangue e sul coefficiente ureo-secretorio hanno permesso di distinguere nel decorso delle nefriti due gradi.

Uno costituisce un semplice disturbo nell'escrezione ureica, al quale l'organismo può adattarsi per lungo tempo, senza che l'urea si accumuli negli umori dell'organismo.

L'altro è l'azotemia propriamente detta, caratterizzata da ritenzione risultante dall'accumulo progressivo dell'urea negli umori e che può essere precisato solo col dosaggio dell'urea nel siero di sangue.

Siccome la prova della ftaleina è parallela al coefficiente ureo-secretorio, dà indicazioni analoghe.

Quando la cifra ottenuta è normale, si può concludere con certezza che anche l'urea del sangue e la costante d'Ambard sono normali. Una cifra inferiore permette d'affermare un disturbo dell'escrezione ureica, ma può trattarsi d'un disturbo semplice, al quale l'organismo s'è adattato senza che ne risulti ancora la ritenzione azotata.

Se invece l'eliminazione è diminuita di oltre la metà, il tasso dell'urea del sangue sorpassa in generale i limiti normali, senza che si possa determinarla con precisione.

Se la ftaleina non è eliminata che allo stato di tracce indosabili, si può concludere soltanto che la cifra d'urea nel sangue dev'essere superiore a 2 grammi.

Occorre dunque, in tutti i casi in cui l'eliminazione della ftaleina è diminuita, praticare il dosaggio dell'urea del sangue.

Concludiamo: i risultati della prova della fenolsulfoneftaleina corrispondono esattamente a quelli del coefficiente d'Ambard; si possono dedurne le stesse indicazioni; ma quando l'eliminazione è diminuita, non può dispensare dalla ricerca diretta dell'urea nel siero sanguigno che, sola, permette di riconoscere l'azotemia, e di determinarne il suo grado e di stabilire la prognosi del morbo di Bright. R. B.

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme cliniche della meningite cerebro-spinale.

Oltre la meningite cerebro-spinale acuta comune si ha un certo numero di forme cliniche che assumono un quadro ed un decorso affatto particolare. Di queste forme atipiche Netter e Debre distinguono otto specie.

La forma acutissima uccide in qualche giorno, e fin dal principio l'aspetto del malato è inquietante: temperatura altissima, rigidità della nuca, segno di Kernig pronunciatissimo, agitazione incessante, delirio.

Il polso e la respirazione sono irregolari, gli sfinteri incontinenti e si hanno suppurazioni oculari ed eruzioni purpuriche.

La puntura lombare dà un liquido molto ricco in meningococchi: il trattamento sieroterapico è inefficace.

La forma fulminante colpisce il soggetto in piena salute: la morte si verifica in qualche ora dopo un periodo di cefalea, di dolori intensi e rapidamente crescenti o di convulsioni. I malati hanno talora coscienza del loro stato gravissimo. La rigidità nucale può mancare, e dopo qualche istante di vertigini, talora anche senza febbre, sopravviene un attacco d'apoplessia seguito da coma. Nei casi di meningite fulminante post-traumatica solo l'autopsia eliminerà il sospetto di una frattura delle ossa craniche. Ad ogni modo la coesistenza di una eruzione purpurica e di una rigidità vertebrale, la concomitanza di un'epidemia possono agevolare la diagnosi.

Le forme attenuate e abortive hanno un inizio lento, contrassegnato da malessere, sensazioni vertiginose, dolori alle membra, alla regione lombare. La febbre manca o è bassa (37°.5-38°). La colonna vertebrale è rigida ed i malati si ritengono affetti da torcicollo, continuano nelle loro occupazioni e guariscono in 4-5 giorni. Le ricadute sono frequenti e talora più gravi. La diagnosi differenziale con l'influenza, la febbre erpetica, le effimere è molto difficile.

La forma intermittente o prolungata a ricadute è caratterizzata da parecchie ricadute separate da periodi di completo benessere. Le remissioni sono brevi o prolungate, possono durare da cinque giorni a quattro mesi.

La forma cronica cachetizzante ha un inizio simile a quello della malattia tipica, i sintomi si attenuano dopo una quindicina di giorni, ma persiste la rigidità nucale, un impaccio nei movimenti degli arti inferiori, una diminuzione della vivacità intellettuale. Poi i sintomi riprendono la loro intensità: febbre, rigidità estrema, dolori, cefalea, delirio. Per settimane e mesi si succedono queste alternative di miglioramento e di aggravamento. Compaiono disturbi trofici (amiotrofie diffuse, escare), disturbi psichici (obnubilazione intellettuale o delirio), disturbi degli sfinteri (incontinenza di urine e di feci), disturbi motori (impotenza motoria, rigidità, tremori, riflessi tendinei aboliti o diminuiti, talora esagerati), disturbi sensitivi (cefalea, dolori spontanei o provocati a livello della regione dorso-lombare ed alle membra). Lo stato generale si altera: adinamia, cachessia progressiva ed infine morte in marasma in capo a 3-12 mesi. Tuttavia la guarigione è possibile con postumi sensoriali permanenti (sordità o sordomutismo nei bambini, cecità).

La meningite cerebro-spinale dei lattanti è grave e frequente; può principiare bruscamente con vomiti, febbre, convulsioni. Più frequentemente ha inizio con abbattimento, sonnolenza, diarrea, irregolarità del polso e della respirazione, tensione della fontanella. Mettendo il bambino su di una tavola, si vede la testa rigettarsi indietro, ed il tronco inarcarsi. Poi il torpore si aggrava, il piccolo infermo grida non appena lo si tocca, l'agitazione è vivissima e sempre crescente. È una forma che guarisce con la iniezione di siero.

La meningite cerebro-spinale delle gravide è molto grave, tuttavia guarisce col trattamento seroterapico e la donna può partorire un bambino sano. Questa forma è spesso scambiata con un attacco eclampsico, ma l'assenza di albumina, la cefalea, la rigidità nucale metteranno sull'avviso, faranno procedere ad una puntura lombare esplorativa che svelerà l'esatta natura della malattia.

La meningite cerebro-spinale del vecchio è molto rara, assume delle forme frustre e può passare inosservata. L'inizio è lento, insidioso ed è caratterizzato da vomiti e cefalea. La coscienza si oscura, sopravviene il coma che termina con la morte dopo qualche ora, talora dopo qualche giorno. La rigidità nucale è mediocre, la temperatura elevata (39°-39°5), il polso accelerato, le complicanze pulmonari frequenti.

Talora fin dall'inizio si ha un icto apoplettico con emiplegia. Solo la puntura lombare può far fare la diagnosi.

DR.

La sieroterapia antimeningococcica.

L'iniezione del siero deve essere sempre fatta nel canale rachideo, e deve essere preceduta da una puntura evacuatrice, a mezzo della quale si farà colare tutto quel liquido che cola spontaneamente o a mezzo di una leggera aspirazione, circa 100-150 cmc. Se il liquido cola difficilmente bisogna infiggere l'ago più profondamente o tirarlo più infuori, pungere in un altro punto, eventualmente sturare il lume dell'ago iniettando una piccola quantità di siero fisiologico tiepido.

Il siero dovrà essere iniettato nella quantità di 30 cmc. e nei casi gravi fino a 40-60 cmc. lentamente, dolcemente. Per facilitare la penetrazione del siero e la diffusione nelle parti superiori sarà bene tenere l'ammalato durante l'operazione ed anche per qualche ora dopo in posizione tale che la testa sia ad un livello più basso dei piedi.

Se l'iniezione provoca intenso dolore ed agitazione bisogna somministrare per via ipodermica della morfina. Talora l'agitazione dell'infermo provoca la rottura dell'ago, ma ciò non deve preoccupare perchè l'estrazione dell'ago è sempre possibile e facile.

La iniezione del siero deve essere praticata non appena accertata la natura purulenta del liquido cefalo-rachidiano senza attendere l'esame batteriologico. Quando questo conferma la diagnosi di meningite cerebro-spinale le iniezioni dovranno essere ripetute quotidianamente nei giorni successivi e fino a quando il liquido estratto non contiene più meningococchi o per lo meno ha un aspetto limpido. Nelle ricadute, che il più delle volte si hanno quando le iniezioni non sono state generose per quantità e numero, bisogna ripetere da capo il trattamento su descritto.

Le complicanze della sieroterapia antimeningococcica sono in generale immediate e benigne. Si tratta di eruzioni orticarie, pruriginose, artralgie, accessi febbrili o edema tracheo-bronchiale con dispnea intensa ed angoscia profonda quando il soggetto si trova in istato di anafilassi o abbia precedentemente subite delle iniezioni di siero di cavallo (antidifterico o antitetanico) che lo mettono in condizioni d'ipersensibilità. In questi casi giovano le iniezioni intramuscolari di etere ad alte dosi (4-6 grammi) o anche di adrenalina (X gocce di soluzione al 1/1000); in caso di coma si ricorrerà alla respirazione artificiale, alla trazione ritmica della lingua, alle frizioni stimolanti. Le complicanze tardive consistono in rigidità della nuca, accessi febbrili ed insonnia: questi fatti che possono verificarsi da 8 a 20 giorni dopo il trattamento non sono attribuibili alla infezione, come lo dimostra l'esame del liquido cefalo-rachidiano.

Talora durante le iniezioni si manifestano dei disturbi: pallore, indebolimento della respirazione e del polso, che possono scomparire con la sospensione delle iniezioni, ma qualche volta, molto raramente, si accentuano: la respirazione diviene stentorea, la faccia cianotica, il soggetto perde la conoscenza, sopravviene il coma e si ha la morte qualche ora dopo la iniezione. Questi accidenti che sono in rapporto ad una speciale suscettibilità dell'infermo per quanto rari devono inspirare al medico la prudenza e richiamarlo ad un'attiva vigilanza. (*Journal des Praticiens*, 1915).

DR.

Sull'efficacia del siero antimeningococcico.

Aaser riferisce (nei *Brauer's klin. Vorträge*, 1914, vol. II e *Zbl. f. inn. Med.*, 1915, n. 8) i risultati ottenuti all'Ospedale contagiosi di Cristiania dalla sieroterapia della meningite cerebro-spinale:

Siero usato	numero dei malati	guariti	morti	mortalità
Nessun siero . .	57	22	35	61 %
Merk.	36	18	18	50 %
Ruppel.	52	12	40	77 %
Siero norvegese.	41	26	16	38 %

Se ne desume che l'efficacia del siero antimeningococcico è molto evidente: raggiunge quasi quella del siero antidifterico. R. B.

IGIENE SOCIALE.

La profilassi della carie dentale.

La profilassi della carie dentale viene compiuta molto attivamente in tutti i paesi civili, sovratutto nelle scuole, a mezzo dei medici scolastici, in parte anche mercè l'istituzione di ambulatori odontoiatrici gratuiti e col concorso della propaganda attuata da valenti cultori dell'odontoatria.

Anche l'Italia si è messa decisamente per questa via.

Se ne occupa il prof. A. Piperno in una interessante prolusione al libero corso da lui tenuto nell'Università di Roma. Riportiamo largamente quanto egli dice:

In una bocca normale ciascun dente dell'uno o dell'altro mascellare si oppone non ad un sol dente, ma a due mezzi denti dell'altra mascella. Nel senso antero-posteriore avvi dunque un ingranaggio dei denti eminentemente favorevole alla triturazione degli alimenti, poichè all'angolo rientrante formato dalla contiguità di due denti, corrisponde esattamente un angolo sporgente costituito dalla cuspide del dente opposto.

La perdita precoce dei denti altera questa superficie di combaciamento diminuendo così il valore di una normale masticazione.

Grande importanza sovra tutti gli altri denti ha, per questo, il primo molare permanente. Il bambino che a 5 anni possiede venti denti transitori, a 6 anni mette i quattro primi molari permanenti, che possono chiamarsi le quattro colonne di orientamento della futura dentatura. E questi quattro denti, scambiati spesso come denti transitori da genitori ignoranti, sono di frequente fatti estrarre al primo accenno di carie nella speranza certa che ritornino. Giorgio Cunningham, il pioniere della profilassi orale scolastica in Inghilterra, hà lanciato da Cambridge questo motto: *Denti transitori: lasciateli andare. Temporeggiate. Concentratevi sui molari permanenti e sulla pulizia della bocca* ».

Quante periostiti, quanti ascessi, quanti ingorghi glandolari, quante fistole cutanee nelle guancie di giovanetti e giovanette sono cagionate da carie precoce con consecutiva putrefazione della polpa dei denti permanenti dei 6 anni! Certo l'ideale sarebbe che nemmeno i denti transitori cariassero e resistessero invece ad una perfetta masticazione, fino al tempo della loro caduta naturale. Anch'essi, cariati, possono essere porta aperta alle infezioni per via boccale, prime fra tutte la tubercolosi. Di qui l'importanza di un trattamento profilattico opportuno e il motto americano « clean teeth never decay » « denti puliti non cariano » dovrebbe essere segnato a caratteri d'oro su tutte le porte delle pubbliche scuole.

Ma i bambini e i giovanetti delle nostre scuole non si puliscono generalmente i denti.

S'impone quindi una campagna educativa su questa direzione.

Vediamo che cosa si sta facendo in Italia in proposito.

In Genova e in Milano vengono distribuiti opuscoli d'igiene dentaria fra i bambini delle scuole elementari. Come medico-igienista stomatologo delle scuole elementari di Roma io faccio in esse, settimanalmente, conferenze popolari d'igiene dentaria. Ogni volta parlo dinnanzi a un pubblico di 200 ragazzi e bambine.

I direttori e gl'insegnanti s'interessano assai di questa campagna educativa. Dopo la conferenza lascio ad essi numerose massime e sentenze stampate a grandi caratteri le quali riguardano i rapporti fra le malattie della bocca e la salute in genere.

Un breve decalogo con suggerimenti d'igiene della bocca e dei denti vien pure da me mostrato ed illustrato, servendomi a ciò di un grande quadro del Dr. Ragazzi di Genova, contenente figure di anatomia e patologia dentaria. Durante la conferenza io interesso i fanciulli col mostrare loro vecchie stampe riguardanti il dentista d'altri tempi, antichi forcipi dentari, denti cariati o con tartaro, modelli in gesso con casi di piorrea o d'irregolarità dentarie, palati artificiali e lavori a ponte.

Noi non ci fermiamo alla sola campagna educativa. Prima in Italia a pensare alla necessità delle cure dentarie per i bambini delle scuole fu l'Associazione « Per la Scuola » di Milano che, con la cooperazione del Municipio di Milano, incaricò l'Istituto Stomatologico Italiano di provvedere alle cure dei denti degli scolari che ne lo richiedevano.

Il trattamento non è del tutto gratuito, poichè i poveri devono pagare tre lire annue e gli altri otto lire.

In Padova i medici delle scuole inviano gli alunni affetti da carie dentaria ad un dentista nominato dal Municipio.

In Torino la città è stata divisa in cinque zone, nelle quali cinque dentisti che vivono nel centro di ciascuna zona, offrono le loro cure ai fanciulli ad essi inviati dal medico scolastico. Solamente i poveri hanno diritto ad un trattamento gratuito.

In Genova il medico scolastico nota e trasmette alle famiglie le condizioni dentarie di ogni scolaro. I poveri sono ammessi alle cure gratuite in due pubblici ambulatori odontoiatrici.

In Roma i bambini che abbisognano di cure dentarie sono inviati dai medici scolastici all'Ambulatorio Centrale Municipale dove ,in una Clinica odontoiatrica gratuita io offro, per incarico del Municipio, le cure necessarie ogni giovedì nel pomeriggio.

Vorrei pur troppo non fare confronti con quanto si fa all'estero. Noi non possiamo gareggiare per es. colla Germania che ha già aperto più di 200 cliniche dentarie scolastiche per i fanciulli delle scuole elementari. Ma la Germania ha uomini che si chiamano Jessen, Röse, Sachs, i quali hanno dedicato si può dire tutta la loro vita

su questa direttiva. La clinica di Strassburgo è un modello del genere, ammirata da tutto il mondo civile: ma il suo mantenimento è statale e costa circa 25 mila lire l'anno. E così l'Inghilterra, la Francia, la Svezia, l'Austria seguono degnamente l'esempio della Germania. Ma che dire degli Stati Uniti d'America, dove l'odontoiatria ha raggiunto l'apogeo dell'arte? Basti citare due fatti fra tanti. Nel 1911 a Boston un ricco gentiluomo, Mr. Henry Forsyth, lasciava in legato dieci milioni di lire per la fondazione in quella città di una clinica odontoiatrica per i fanciulli poveri dell'età di sei a sedici anni.

A Cleveland, Ohio, il Dr. W. G. Ebersole, presidente della Commisione per la propaganda dell'igiene orale in seno alla *National Dental Association*, inaugurando il 18 marzo 1910 il primo Congresso Nazionale di quella Commissione, esponeva l'opera sua nella propria città con l'aiuto delle società locali di beneficenza e con la cooperazione dei giornali quotidiani di Cleveland e dei Consigli scolastici. Egli ottenne la concessione per fondare quattro cliniche odontoiatriche gratuite in quattro delle più importanti scuole della città.

« Non si può dubitare, afferma il prof. Kirk di Filadelfia, che un lavoro diligente e ben diretto contro i danni della carie dentaria possa condurre a un'appropriata condizione igienica delle bocche dei giovani scolari, riuscendo d'immenso beneficio per la loro salute; nè si può dubitare che condurre a buon fine tale opera, ritorni ad onore della Odontoiatria e assicuri ai promotori di essa un posto tra i benefattori dell'umanità ».

I risultati favorevoli di questo movimento di odontoiatria sociale già cominciano ad avverarsi. Ce li dimostra ad es., il dott. Key di Boston il quale riferisce le recenti statistiche su 325 bambini raccolti nell'Asilo degli Orfani di S. Vincenzo. Dopo sei mesi dal trattamento dentario in quella istituzione si osservò una diminuzione del 59 % nelle malattie infettive rispetto all'anno precedente. Al secondo anno di trattamento la proporzione di queste infermità si era ridotta a meno del 2 % e presentemente, lungo uno spazio di 20 mesi, non si è potuto segnalare alcun caso d'infezione.

Davanti a tali risultati straordinari, tutti naturalmente aprono gli occhi. Ed ecco che nel giornale *La Odontologia* (Madrid, novembre 1913), il Subirana di Madrid, distinto odontologo, lancia un grido di difesa in favore dell'igiene dentaria nelle scuole, affermando che un 40 % di tisici non lo sarebbero se attendessero all'igiene della bocca, se di questa si diffondessero più largamente le principali funzioni fisiologiche, se si curassero i denti cariati e se ne correggessero le anomalie.

Nè basta alla moderna odontoiatria far opera di propaganda e di cura preventiva. È necessario studiare il problema dell'origine di questo malanno che chiamasi carie dentarie. In Italia, per esempio, le statistiche ci dicono che il popolo del Nord ha denti peggiori di quello del Sud. Ricerche condotte tra i fanciulli delle Scuole Elementari di Milano hanno dimostrato che l'82 per cento di essi erano affetti da carie dentaria (prof. Platschick), in Genova il 73 % (dott. Ragazzi), in Bologna il 67.79 % (dott. Calcaterra), in Rieti il 64 % (dott. Giannini), in Livorno il 55 % (dott. Salmi), in Torino il 54 % (dott. Momigliano), in Roma circa il 50 % (prof. Piperno). È da presumersi che in Napoli e in Sicilia la percentuale sia perfino più bassa. Sarebbe interessante investigare la ragione di ciò. Tutti gli autori ora citati sono d'accordo nel dire che in tutte le nostre scuole la pulizia dei denti è in genere completamente deficiente. Il cibo e l'acqua possono invece avere una grande importanza. L'*Acqua Marcia* di Roma, per es., è ricchissima di carbonato di calcio. P. Ferrier, nel suo notevole lavoro sulla relazione di nutrizione tra lo scheletro e i denti (*Thèse de Paris*, 1900), parlando della demineralizzazione dei denti, insiste sull'importanza dei sali di calcio e principalmente del carbonato di calcio. Il metodo del Ferrier della ricalcificazione dell'organismo nella cura della tubercolosi è stato con successo seguito da J. M. Chateau in molti casi di ammorbidimento dei tessuti dentari e di carie multiple a evoluzione rapida. È naturale credere che l'*Acqua Marcia* in Roma sia un potente agente mineralizzatore e un grande coefficiente nella prevenzione della carie dentaria.

Ecco dunque un nuovo ed importante capitolo di epidemiologia che potrebbe trovar posto nei trattati d'igiene.

Nella prima parte di detto capitolo, *epidemiologia* propriamente detta, si dovrebbe esporre, seguendo l'ordine così chiaramente tracciato dal prof. Celli nel suo *Manuale dell'igienista*:

A. LA STORIA E LA GEOGRAFIA della diffusione della carie dentaria, la quale, essendo peraltro un morbo universale, potrebbe essere classificata fra le *pandemie*. Dalle statistiche, per quanto ancora imperfette, ci potrà esser dato di compilare una *carta nosografica*, distribuendo l'aumento per nazioni, per regioni, per provincie, per città e per quartieri di città.

B. I DANNI ECONOMICI. — Ce ne dà un esempio il dott. Phil. Otto Volz, del *Bureau* imperiale di Statistica in Berlino (*Internationales Archiv. für Offentliche Mundhygiene*, giugno 1911). Secondo una sua indicazione, gli operai e le operaie di Germania, nel numero di circa 40 mi-

lioni, sciupano 220 milioni di marchi per cibo mal digerito a cagione delle cattive condizioni dell'apparato masticatorio, cioè a dire 2 soldi al giorno per persona. Si aggiunga a ciò la perdita di giornate di lavoro o la prematura perdita della capacità a lavorare per malattie di stomaco e intestinali, anemia e denutrizione dovute a denti cattivi. Calcolando un minimo di perdite di 3 giornate e 1/3 per anno per ogni individuo, 30 milioni di uomini perdono 100 milioni di giorni, che a 2 marchi e 25 al giorno, danno per risultato una perdita in danaro di 225 milioni di marchi. Includendovi le spese per le Casse dei malati, degli invalidi e dei vecchi ed altre troppo numerose ad enumerare ora si raggiunge una perdita totale di 645 milioni di marchi all'anno. Stabilendo invece una cura razionale dei denti, combinata con un trattamento ricorrente regolare, si potrebbe ridurre alla metà la carie di quei denti, con un economia di 345 milioni annui. S'incontrerebbe, è vero, una spesa di 135 milioni per pagare 5 o 6000 dentisti pubblici salariati e i loro necessari studi di preparazione, ma resterebbe sempre un risparmio di 210 milioni di marchi distribuiti presso a poco così: 185 fra gli operai, 15 fra le autorità e 10 fra gli impiegati.

Nè meno gravi sono i danni per l'esercito e per la marina quando si pensi che in Italia, dal 1863 al 1876, si ebbero 2669 coscritti dichiarati inabili al servizio militare per cattiva dentatura: dal 1873 al 1883 gli esonerati dal più sacrosanto dovere verso la patria furono circa 4400 e nei soli sette anni susseguenti la cifra salì a quella veramente considerevole di 6868.

Così per la scuola. Il 40 % delle assenze scolastiche, dice il Merritt di New York, sono cagionate dal dolor di denti.

È stato dimostrato che i bambini con denti cariati, per completare i corsi della scuola, impiegano sei mesi di più dei bambini che hanno bocche pulite e denti sani.

Certo è grandissima l'influenza del sistema dentario sullo stato generale e gravi sono i susseguenti danni economici che devono essere calcolati: così dei disturbi locali noto le varie gingivo-stomativi, dei peribuccali noto le osteiti e le osteomieliti dei mascellari, gli adeno-flemmoni e i flemmoni della regione sottomascellare e del collo, l'angina del Ludwig, le sinusiti mascellari, le necrosi più o meno estese dei mascellari. Dei disturbi a distanza notevoli sono le tossi-infezioni dell'apparato digestivo legate a una sepsi bucco-dentaria, come pure le complicazioni bronco-polmonari: pneumoniti, broncopneumoniti dei bambini, empiema pleurico, tubercolosi, la quale ultima, secondo Aufrecht, sarebbe una affezione che ha la sua porta d'entrata nella bocca. Dei disturbi generalizzati furono descritte (Sebileau) le setticemie linfo-flemmonose, flebo-flemmonose e quelle generali senza determinazione anatomica.

C. L'EZIOLOGIA O LA CAUSA DEL MORBO. — Ignota ancora a noi, dal lato batteriologico, la causa specifica della carie dentaria, dovremo studiare, per quanto ne riguarda l'eziologia:

1° Le condizioni particolari che determinano la localizzazione dell'acido lattico nel punto in cui comincierà la carie e dove poi si formerà una placca gelatinosa che permetterà ai batteri di fissarsi sul tessuto dello smalto.

2° La parte dovuta: *a)* all'ambiente boccale, la saliva, sia per quanto riguarda le sue qualità fisiche, quanto la presenza in essa di sostanze varie, come mucina, sali calcarei, idrocarbonati alimentari, e specialmente solfocianuro di potassio il quale avrebbe la virtù di sciogliere rapidamente le placche gelatinose immunizzando contro le carie. L'immunità dei forti fumatori fu attribuita appunto alla presenza di questo sale nel fumo di tabacco; *b)* la parte dovuta al terreno, cioè alla resistenza del dente.

D. LA SORGENTE D'INFEZIONE. — Dovrebbe essere l'uomo malato. Il fatto però che la carie dentaria si riscontra anche nei cani, negli equini e nei bovini, specialmente se tenuti in schiavitù, come il dott. J. Leon Williams (*Dental Cosmos*, 1897) dimostrò per i cani allevati in casa, è da ritenere che la sorgente d'infezione possa essere anche fuori dell'uomo.

Interessante è lo studio delle CAUSE PREDISPONENTI O IMMUNIZZANTI.

a) Cause organiche o individuali:

ereditarietà; in virtù della trasmissione, attraverso generazioni, di tutte quelle irregolarità morfologiche dentarie che favoriscono l'attecchimento della carie;

razza; la razza nera come l'araba è fornita di denti resistenti bianchissimi e quasi immuni da carie. La razza caucasica ne è gravemente soggetta. Sta nel mezzo la razza mongolica. Gli incroci o meticci sono sempre più soggetti a carie dei loro progenitori;

età; la malattia infierisce maggiormente nella gioventù che nell'età adulta. A partire da 25 anni sembra che si acquisti una certa immunità. Possiamo tutavia distinguere tre grandi periodi: il 1° dai 7 ai 10 anni, nel tempo del rimpiazzamento dei denti di latte spesso cariati e influenzanti sul grande molare dei sei anni;

il 2° dai 12 ai 20 anni, nel periodo della pubertà e anche dei forti studî e del superlavoro intellettuale;

il 3° o senile, quando per retrazione delle gengive i denti ritengono facilmente gli alimenti negli spazi interdentari;

sesso; pare più predisposta la donna sia per l'ambiente di vita che conduce, sia per la maternità che farebbe perdere ai denti una notevole proporzione dei loro elementi minerali.

malattie pregresse o concomitanti; siano esse la sifilide, l'alcoolismo o le infezioni e intossicazioni intrauterine, siano le affezioni infiammatorie delle mucose buccali e faringee (specialmente le ipertrofie tonsillari e le vegetazioni adenoidee), siano le malattie generali febbrili (specialmente le febbri eruttive, la tifoide, la pneumonite, e in genere tutti gli stati febbrili prolungati), le malattie croniche, quali le diverse cachessie, il cancro, le dispepsie e specialmente il diabete, come tutte le alterazioni del ricambio materiale che disturbando l'equilibrio generale della nostra economia disturbano a un tempo l'equilibrio biologico dell'ambiente boccale.

b) *Cause predisponenti o fisiche*:

il terreno umido e le nebbie prolungate;

l'acqua troppo povera di sali calcarei;

zone costiere;

variazioni brusche di temperatura troppo frequenti.

c) *Cause economiche o sociali* di predisposizione e d'immunità alla carie.

alimentazione: nel povero, se da un lato la denutrizione favorisce indirettamente lo sviluppo della carie dentaria, dall'altro ne lo immunizzano il vitto meno carneo, l'assenza di dolciumi e la masticazione del pane duro a crosta erta. Il pane di Svezia, per es., formato di sola crosta, fu preconizzato or sono due anni dal Röse, come una cosa ideale per la prevenzione della carie dei denti. Possiamo dire che la civiltà nel favorirci alimenti più ricercati ma più poveri in sali di calcio, fatti dalla cucina raffinata più viscosi e più attaccaticci alla superficie dentaria e rendendo più inutile la masticazione, favorisca lo sviluppo della malattia. È pure importante lo studio dell'alimentazione presso i bambini, considerando l'influenza dell'alimentazione naturale e la parte che ha la masticazione nella prima infanzia. Alcuni dati statistici ci dimostrano maggiore tendenza alle carie nei fanciulli che furono allattati artificialmente;

lavoro; tra le malattie professionali merita speciale menzione la necrosi fosforica dei mascellari, determinatavi localmente, dopo che l'avvelenamento fosforico vien stabilito, in virtù degli elementi settici contenuti nella bocca;

educazione; la quale può esser causa d'immunità , in quanto che insegnandosi una perfetta igiene dentaria, s'insegna un vero e proprio costume profilattico.

Nella parte II di questo immenso capitolo sulla carie dentaria che io qui ora posso soltanto abbozzare a grandi linee, noi dobbiamo studiare la vera e propria PROFILASSI la quale può essere:

INTERNAZIONALE. — Due grandi Società internazionali gareggiano su questo campo: la *Fédération Dentaire Internationale* e la *Association Stomatologique Internationale,* le quali nei loro Congressi discutono a lungo, fra delegati di varie nazioni, il problema che c'interessa.

NAZIONALE O DI STATO. — Noi vorremmo che l'Italia si mettesse al livello delle altre nazioni più civili nel produrre opera di difesa contro il nemico dei denti, ma prima di tutto dovrebbe promuovere l'avvento di odontoiatri abili i quali potranno creare la coscienza igienica orale nel paese. Una legge recente ha giustamente imposta la laurea in medicina ai futuri odontoiatri. Urgono ora scuole di perfezionamento complete, che siano vere facoltà odontoiatriche, secondo il sistema dei collegi dentari americani o di altre nazioni d'Europa. Unico esempio in Italia per ora è l'Istituto Stomatologico Italiano.

LOCALE O MUNICIPALE. — Spetta ai singoli Comuni organizzare il servizio di difesa contro il flagello della carie dentaria. Per non diffonderci sui mezzi diretti contro la *causa morbigena,* sia allo stato di salute dell'individuo sia allo stato di malattie febbrili o croniche ad autointossicazione acida, parleremo dei mezzi diretti contro le *cause predisponenti*:

a) *Bonifica o risanamento degli organismi.* — Non essendosi ancora trovato nè un virus nè un germe specifico della carie, non si è potuto tentare una immunità attiva. Buoni risultati hanno dato invece i vaccini opsonici del Wright contro la piorrea alveolo-dentale, la terribile malattia che favorisce la caduta dei denti sani, distaccati dall'alveolo. A favorire la bonifica degli organismi contribuiranno, oltre alle cure dell'odontoiatra, un trattamento mineralizzatore [sia per mezzo di alimentazione adatta o di medicamenti minerali, come fosfato, carbonato e cloruro di calcio, o di una opoterapia ossea (ossa di uccelli e di piccioni) o di una opoterapia tiroidea per la specialità di questa a fissare il calcio], e infine un trattamento che rimedi alla povertà in solfocianuro di potassio nella saliva.

b) *Bonifica sociale.* — Che debba essere resa obbligatoria l'ispezione della bocca e dei denti in tutte le scuole.

Che i fanciulli poveri possano essere trattati in cliniche odontoiatriche scolastiche.

Che siano istituiti in tutte le scuole corsi di educazione speciale e si faccia un'estesa propaganda popolare.

Che i corpi di sanità militare si occupino delle cure dentarie e protesiche per i militari.

Che negli ospedali siano nominati medici specialisti per dare le loro cure e le necessarie indicazioni igieniche a ciascun malato, tanto più che i febbricitanti e gl'indeboliti per lungo regime liquido si trovano nelle migliori condizioni possibili per lo svolgimento della carie e delle affezioni bucco-dentarie.

Che nelle industrie si combattano le malattie professionali (avvelenamento da mercurio e da fosforo) esaminando spesso gli operai e dando ad essi quelle cure necessarie per realizzare la profilassi delle affezioni bucco-dentarie alle quali essi sono esposti. L. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(626) *Sul trattamento della psicastenia.* — Le sarei oltremodo grato se nella « Posta degli abbonati » volesse indicarmi la cura della psicastenia di origine sessuale, o quanto meno suggerirmi una qualche pubblicazione a riguardo.

Si tratta di un ammalato dell'età di 35 anni di professione ragioniere, il quale sposatosi da 7 anni non ha figli ed è continuamente ossessionato dall'idea di averli; bisogna premettere che l'ammalato 15 anni fa ha sofferto di una epididimite bilaterale, con probabile conseguenza di azoospermia, quantunque mai sia stato fatto un esame completo della secrezione spermatica per la facile irritabilità del paziente.

Bisogna intanto aggiungere che anche la di lui signora potrebbe essere sterile, stante una forte stenosi del collo uterino, e che per estrema paura di una operazione, non intende prendere i provvedimenti curativi del caso.

L'ammalato, quantunque abbia i testicoli in condizioni normali, pure dominato dall'idea di non poter avere dei figli, massime dopo la visita della di lui signora, avvenuta quattro mesi addietro, trova inutile e superfluo i rapporti sessuali e di ciò si addolora, subendo i disturbi neurostenici (insonnia, idea fissa, malessere, ecc.) di questo stato di cose.

È necessario premettere che il paziente appartiene a famiglia in cui predominano i disturbi e le malattie nervose. Ella, che con criterii molto pratici risponde in modo molto esauriente ai colleghi, che come me approfittano della di Lei pazienza, son sicuro vorrà consigliarmi un metodo di cura che risponda al caso.

Ringraziando e salutando.

Milano. Abbonato N. 2385.

Rispondiamo astraendo dal caso singolo.

Nella psicastenia il medico non deve trascurare le cure ricostituenti; ma certo la parte essenziale del trattamento è rappresentata dalla psicoterapia. Possiamo indicarle in proposito le seguenti ottime pubblicazioni: Janet, « Les obsessions et la psychasténie », Paris, Alcan, 1908 (il I vol. dell'opera, che costa lire 18, è sufficiente; ed è probabile che esso possa venir comprato separatamente dal II vol., che è stato scritto dal Janet insieme col Raymond); Bernheim, « Hypnotisme et suggestion », Paris, Doin, 1910, lire 10; Dubois, « Les psychonévroses et leur traitement moral », Paris, Masson, 1909, lire 8; André Thomas, « Psychothérapie », Paris, Baillière, 1912, lire 12.

Per quanto le contingenze speciali da Lei prospettate, ci sembra risulti evidente che una psicoterapia razionale potrà venire iniziata solo quando il medico curante abbia chiarito quale sia la vera causa della sterilità, stabilito se sia possibile eliminarla, e giudicato se convenga o no consigliare un qualsiasi intervento. Le attuali condizioni di incertezza sulla origine della sterilità e sulla possibilità di rimediarvi, il pensiero vago di un intervento chirurgico, non rappresentano infatti condizioni favorevoli al ristabilirsi di un equilibrio emotivo così gravemente turbato.

Prof. V. FORLÌ.

(627) Desidererei sapere se esista una cronistoria documentata ed anedottica della Croce Rossa italiana dai suoi primordi ad oggi. In caso affermativo sarei grato di indicazioni precise nella « Posta degli abbonati ».

Ringraziamenti

Dott. Carlo Cardoni.

S. Germano Chisone (Pinerolo).

La più recente pubblicazione ove si può trovare una cronistoria documentata ed anedottica della Associazione della Croce Rossa Italiana, è il volume intitolato « Alle Scuole d'Italia — La Croce Rossa nel suo cinquantenario ». La storia e lo stato attuale della benemerita Società è ivi ampiamente trattato dal prof. Silvio Bellotti, e l'opera è anche corredata di interessanti riproduzioni fotografiche. Il volume in questione, che serve di supplemento al bollettino n. 26, è edito per cura del Comitato centrale in Roma presso il quale lo si può trovare.

G. MENDES.

(628) Vi sarò grato se nella « Posta degli abbonati » avrete la cortesia di dirmi se vi sono trattati e pubblicazioni che trattino in modo diffuso della pleurite traumatica.

Grazie e ossequi. Dott. E. P.

Della pleurite traumatica si sono occupati diffusamente: Chavalston (*Thèse de Paris*, 1901-1902); Cornil e Marie (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1897); Herbert (*Thèse de Paris*, 1897); Lustig

(*Wiener medizinische Wochenschr.*, 1884); Boyé (*Thèse de Lion*, 1904-1905); Ascarelli (*Policlinico*, 1907); Chauffard (*Semaine médical*, 1896); Ranelletti (*Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, 1904); Gennari (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1908); Bouchard (*Le Bullettin médicale*, 1914).

Ella può inoltre consultare tutti i trattati degli infortuni sul lavoro, come quello del Borri, del Forgue e Janbreau, dell' Oddo, Imbert ed Echavenach. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

MILANI AMINTA. *Patologia del corpo calloso.* Roma, Tip. Gianadrea, 1914.

Il bel lavoro del Milani rappresenta una monografia completa su tutto ciò che riguarda il corpo calloso con riferimento della ricca letteratura.

L'autore si occupa nella prima parte dello sviluppo e dell'anatomia del corpo calloso, della origine e del decorso delle fibre trabeali colle controversie relative alle rispettive radiazioni. La fisiopatologia del corpo calloso è esposta in modo esauriente partendo dalla opinione del Lancisi che poneva la sede dell'anima in questa parte dell'encefalo, e trattando in seguito dei disturbi motori irritativi o paralitici, della atassia, della aprassia colle sue varie modalità, dei disturbi della visione e di quelli dell'olfatto e dei disordini psichici.

Nella parte speciale l'autore riassume quanto è noto sulle agenesie del corpo calloso, sulle lesioni traumatiche, sui tumori, sulle emorragie, e sui rammollimenti dei quali riferisce una osservazione personale.

Dedica poi una attenzione particolare a quella alterazione descritta da Marchiafava, Bignami, Nazari, negli alcoolisti: riporta tutte le osservazioni fatte su tale argomento aggiungendovi due casi studiati personalmente col reperto microscopico. Accenna infine le lesioni rare del corpo calloso cioè l'atrofia moniliforme, i corpi granulosi nella parte media della trave, la colorazione bruna dello *splenium*.

Il lavoro è corredato di disegni che servono a mettere in evidenza le alterazioni trovate nei due casi studiati dall'autore della lesione di Marchiafava-Bignami-Nazari. A. GIANNELLI.

G. QUARTA. *L'arterite sifilitica cerebrale.* Tipogr. coop. Diocleziana. Roma, 1914.

Negli ultimi decennî vi è stato nel campo della sifilidologia una gara di lavoro febbrile, meravigliosa, degli studiosi di tutto il mondo, che ha prodotto in un breve giro di anni una serie di scoperte scientifiche e pratiche rinnovando e completando, come per nessun'altra malattia ci è ancora concesso, il patrimonio delle nostre cognizioni intorno alla sifilide. Tanto che possiamo dire che oggigiorno questo patrimonio è diventato veramente dovizioso e riccamente redditizio agli effetti della pratica clinica e profilattica.

Al lume di queste cognizioni scientifiche e pratiche, non trascurando nessun particolare metodo di indagine clinica o di tecnica di laboratorio, nessuna nozione teorica e nessuna norma di praticità, e tutti i principî e tutti i concetti teorici e pratici vagliando e discutendo con l'appellarsi alla dottrina delle maggiori autorità nostre ed ai risultati molto notevoli dell'esperienza propria, l'A. ci dà una monografia dottamente elaborata e pazientemente compiuta intorno ad uno dei più suggestivi e più difficili capitoli della patologia della sifilide.

Questo lavoro ha servito all'A. pel conseguimento della libera docenza presso l'Università di Roma in patologia speciale medica: sarà molto utile a chi vorrà conoscere quest'importante capitolo di patologia intorno all'*Arterite sifilitica cerebrale* nella sua più compiuta interezza. I dati più certi intorno all'etiologia ed alla patogenesi di questa grave lesione della sifilide, le alterazioni anatomiche ed isto-patologiche, i caratteri molteplici e la multiforme evoluzione di questa complessa sindrome clinica, i problemi tutti della diagnosi e della prognosi, la discussione dei varî criteri terapeutici coi preparati iodici mercuriali ed arsenicali — tutto vi è esposto con diligenza ed illustrato volta a volta coi risultati delle proprie ricerche e dell'esperienza clinica personale dell'A.

ALFA.

VARIA.

Per Luigi Pastro. — La compianta poetessa Vittoria Aganoor-Pompilj, che tanto onora la letteratura italiana, ebbe a dettare un sentito ed efficace sonetto quando lo scultore Urbano Nono modellò il busto del medico patriota. Ci è grato ricordarne la chiusa:

O generoso, che il fiorente maggio
deste alla patria, o mite cuore, ai vili
tremendo, e saldo e impavido alla morte!
Ben io qui veggo dei vostri occhi il raggio,
gli sdegni santi, gli estri giovanili,
e dell'eroe l'onesta anima forte.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Statuto della Federazione degli Ordini dei Medici.

Art. 1. — È costituita la « Federazione degli Ordini dei Medici ».

La Federazione ha sede presso il Presidente.

Art. 2. — La Federazione è rappresentata da un Consiglio Federale direttivo composto di diciassette membri, fra i quali un presidente, un vice-presidente, un segretario e un cassiere-economo.

Il Presidente è eletto in separata votazione dall'Assemblea.

Il Consiglio elegge il vice-presidente, il segretario e il cassiere-economo. Il Consiglio provvede alla costituzione, al regolare funzionamento dell'ufficio di segreteria e alla relativa spesa.

Le funzioni del vicepresidente, del segretario e del cassiere-economo sono indicate nel Regolamento.

La votazione viene fatta con schede segrete e a maggioranza assoluta dei votanti; nel caso che non si raggiunga questo numero di voti, avrà luogo immediatamente il ballottaggio, per ogni posto, fra i due che ottennero il maggior numero di voti. A parità di voti, si considera eletto il più anziano di laurea.

In caso di vacanze per dimissioni o altri motivi, l'Assemblea annuale provvederà alla sostituzione dei membri mancanti con nuovi eletti, che dureranno in carica fino allo scadere del biennio in corso.

Art. 3. — Nel Consiglio federale è costituita una Giunta esecutiva composta dal presidente, dal vice-presidente, dal segretario e dal cassiere-economo. Questa Giunta si raduna su invito del presidente nella sua residenza o dove meglio occorra per svolgere l'azione della Federazione.

Art. 4. — Il Congresso della Federazione avrà luogo tutti gli anni, e ogni biennio procederà alla elezione del Consiglio.

Art. 5. — Il Consiglio federale, di sua iniziativa o su proposta d'uno o più Ordini, studia le questioni generali che interessano la classe. Solo in casi d'urgenza, prende deliberazioni da ratificarsi nella prima Assemblea generale. Allo uopo, sostiene e trasmette alle autorità competenti le questioni generali riguardanti la classe medica, studiate di sua iniziativa o proposte dagli Ordini. Interpreta i desiderii della classe, ne difende gli interessi, ne tiene alto il prestigio e la indirizza verso l'elevamento morale e le conquiste economiche. Dà pareri arbitrali nelle vertenze fra diversi Ordini di medici.

Art. 6. — Il Consiglio federale si aduna semestralmente in via ordinaria, e in via straordinaria quando la presidenza lo crederà opportuno o su richiesta di almeno sei consiglieri.

Art. 7. — Per la validità delle sedute del Consiglio, in prima convocazione, si richiede la presenza di nove membri; in seconda convocazione di cinque membri; la seconda convocazione potrà tenersi nella stessa giornata dopo quattro ore dalla prima.

Art. 8. — Il Consiglio federale indice l'Assemblea generale in un Congresso annuale che sarà tenuto in Roma non più tardi del mese di novembre, comunicandone agli Ordini la data, e i temi principali di discussione un mese prima.

L'Assemblea generale può convocarsi anche in via straordinaria, quando il Consiglio federale lo credesse opportuno o quando almeno quindici Ordini ne facessero richiesta.

Art. 9. — Ciascun Ordine è rappresentato al Congresso per mezzo di delegati designati ufficialmente al Consiglio federale. Il numero dei delegati è proporzionato al numero dei medici inscritti nell'albo di ogni Ordine, e precisamente: di 1 se gl'inscritti non sono oltre 100; di 2 se sono da 100 a 300; di 3 se sono da 300 a 600; di 4 se sono da 600 a 1000; di 5 se oltre 1000.

Ogni Ordine deve scegliere i delegati fra gli inscritti al proprio albo. Ai Congressi potranno intervenire tutti i medici: soltanto i delegati hanno diritto al voto.

Ogni delegato ha diritto a un voto solo; se i delegati di un Ordine presenti all'Assemblea sono in numero minore a quello cui l'Ordine ha diritto, il delegato più anziano voterà per gli assenti.

Art. 10. — Il fondo per il funzionamento del Consiglio federale sarà costituito dal contributo annuo da versare da ciascun Ordine, in ragione di L. 0.50 per ogni inscritto nel relativo albo.

Della erogazione della intera somma dovrà darsi esatto conto annuale nell'Assemblea generale.

Art. 11. — Al presidente ed ai membri del Consiglio saranno rimborsate le spese di viaggio per l'intervento alle sedute che si terranno fuori della loro residenza e sarà loro pagata una diaria di L. 15.

Art. 12. — Il presente statuto potrà essere modificato soltanto su proposta di almeno quindici Ordini e della maggioranza assoluta del Consiglio federale, con deliberazione dell'Assemblea approvata con la presenza di due terzi dei voti spettanti agli Ordini, e a maggioranza assoluta.

Art. 13. — Un apposito regolamento stabilirà le norme per l'applicazione del presente Statuto.

Sui capitolati e sui concorsi a medico condotto.

L'Ordine dei medici della provincia di Rovigo ha approvato i seguenti due ordini del giorno:

1° Un capitolato in vigore non può essere modificato — in senso ristrettivo — senza il consenso di tutte le parti, essendo un vero e proprio contratto legale, specie in ciò che riguarda lo stipendio, la residenza, l'obbligo e l'indennizzo del mezzo di trasporto, i congedi ordinari e straordinari, per malattia e in materia di reclami.

2° L'assemblea compresa dei gravi inconvenienti cui può dar luogo la mancanza di disposizioni legislative che mettano in grado il concorrente di ricorrere in tempo utile contro il giudizio delle Commissioni giudicatrici ai posti di medici, dà incarico al presidente dottor cav. Secchieri di trattare la questione in seno al Consiglio Federale degli Ordini Italiani.

Contro la partecipazione dei medici al duello.

L'assemblea dell'Ordine dei medici a Bologna, nella riunione del 31 gennaio 1915, discutendo sull'argomento dell'intervento dei medici nel duello, pure riconoscendo la difficoltà di includere fra i doveri professionali dei medici quello di non prestare l'opera propria in vantaggio dei duellanti, fa voti che ogni medico, sia come cittadino che come professionista, cooperi con tutti i mezzi a sua disposizione per favorire la scomparsa definitiva di un fatto antiumano e barbaro, quale il duello.

Congresso dei Sanitari addetti alla vigilanza igienica.

Si è tenuto in questi giorni a Roma. Ce ne occuperemo prossimamente.

Sottoscrizione a favore dei Medici Belgi, delle loro vedove e dei loro orfani.

Somma precedente (1)	L.	2159.—
Romualdi dott. Brunetto	»	5.—
Felli dott. Arcangelo	»	3.—
Seghetti dott. Domenico	»	5.—
Venere dott. Eduardo	»	10.—
Di Girolamo dott. Antonio	»	5.—
Fiordelmondo dott. Gualtiero	»	30.—
De Nicola dott. Ignazio	»	5.—
Boni dott. Ernesto	»	5.—
Totale	L.	2227.—

(1) Il dott. Pennisi ha versato lire dieci e non cinque, come erroneamente fu stampato.

RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

Licenziamento per fine di prova. Notifica in sunto della deliberazione di licenziamento.

Il Consiglio comunale nel disporre il licenziamento per fine di prova del proprio medico condotto non ha alcun obbligo di addurre motivi.

La notificazine del licenziamento fatta in sunto non produce nullità del licenziamento stesso ma sposta solamente il termine stabilito per ricorrere.

(Parere del Consiglio di Stato a Sezioni Unite del 30 aprile 1914).

In merito di tale parere facciamo due osservazioni. In primo luogo ci sembra troppo azzardato lasciare ampia facoltà al Comune di licenziare il proprio medico condotto per fine di ferma senza addurre alcun motivo, potendo il fatto prestarsi ad indiretta violazione di legge. Secondo noi una motivazione occorre sempre, deducendola dal modo col quale il sanitario ha disimpegnato il servizio durante la prova.

In secondo luogo a noi non sembra che possa bastare la notificazione del solo sunto della deliberazione di licenziamento, dovendosi tener presente il disposto dello articolo 37 del Regolamento generale sanitario che vuole la notifica di copia autentica della deliberazione.

Farmacista fornitore di medicinali ai poveri. Ineleggibilità a Consigliere comunale.

Il farmacista che sebbene senza contratto fornisce i medicinali ai poveri per conto del Comune è ineleggibile a consigliere comunale e ne decade, se già in carica.

A togliere il titolo di ineleggibilità o di decadenza non basta provare che nell'atto della decisione della autorità competente ne sia cessata la causa bastando che fosse esistita al momento della denunzia.

(Cassazione di Roma, 19 ottobre 1914).

« La Cassazione rileva che l'articolo 23 della legge comunale nega l'eleggibilità a consigliere comunale, fra gli altri, a quegli elettori, i quali direttamente *od indirettamente* abbiano parte in servizi od appalti nell'interesse del Comune od in società ed imprese a scopo di lucro sovvenute in qualsiasi modo dal Comune medesimo. Che il successivo articolo 276 dispone che la qualità di consigliere si perde verificandosi uno degli impedimenti, delle incompatibilità o delle incapacità contemplate dalla legge. Ora per le suddette incompatibilità la legge non richiede la esistenza di un formale contratto di somministrazione o di appalto, dacchè ammette anche una parteci-

pazione indiretta in siffatti servizi, la quale può non risultare da atti scritti, ma in altro modo non dubbio venire altrimenti accertata. Lo scopo poi di siffatta disposizione di legge è evidente: non si vuole che gli opposti interessi del prestatore del servizio e dell'amministratore che lo riceve nello interesse della collettività da lui rappresentata e deve disporne o contribuire a disporne il pagamento, vengano a concentrarsi in una medesima persona (*Omissis*).

Ugualmente si fa pur manifesto a mente del successivo articolo 276 che la qualità di consigliere comunale e quindi a più forte ragione quella di sindaco, debba perdersi quando la sopravvenienza della incapacità siasi accertata come sussistente al momento in cui la si denunzia, ancorchè siasi fatta cessare al momento in cui sulla medesima si pronunzi dalle competenti autorità. Altrimenti sarebbe in balia dei poco scrupolosi amministratori di un Comune o di una Provincia di violare impunemente le leggi col riunire in sè gli accennati opposti interessi salvo a far cessare, anche artatamente, codesta incapacità, quando si vedano scoperti o danneggiati, ecc. ».

Facciamo da nostro canto considerare che per maggior ragione esiste il titolo di ineleggibilità quando si provi che fu stipulato regolare contratto di fornitura. In riguardo alla ineleggibilità il contrasto di interesse deve poi essere in atto nel momento della elezione.

Incompatibilità dell'ufficiale sanitario fratello del farmacista.

Precise disposizioni di legge stabiliscono che l'ufficiale sanitario deve vigilare sulle condizioni igieniche e sanitarie del Comune e denunziare la tragressione alle leggi ed ai regolamenti sanitarii; il che implicando l'attribuzione di una permanente vigilanza, rende incompatibile all'esercizio della carica quel medico che è fratello del farmacista esistente nel Comune.

(Decisione IV Sezione del Consiglio di Stato del 6 novembre 1914).

La Sezione ha considerato « che sebbene manchi una formale disposizione di legge pure sorge dalla stretta parentela con un esercente soggetto a vigilanza tale incompatibilità morale da costituire un giusto ostacolo al conferimento di un ufficio così delicato come è quello di ufficiale sanitario ».

Notiamo che questa giurisprudenza è costante e che è stata mantenuta anche dopo la promulgazione della nuova legge sulle farmacie.

Doctor JUSTITIA.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5057) *Collegio convitto per gli orfani dei sanitarii italiani in Perugia.* — Il dott. G. B. da S. M. chiede conoscere se essendo medico condotto a scavalco debba pagare la tassa per gli orfani di Perugia per tutti i Comuni dove è medico, o nel solo Comune di residenza.

L'articolo 2 del regolamento 30 gennaio 1902 prescrive che il contributo obbligatorio per il collegio-convitto di Perugia rimane unico anche nel caso che il sanitario presti simultaneamente servizio presso due o più enti. Entro 30 giorni dalla pubbicazione del ruolo Ella può ricorrere al Ministero dell'interno.

(5059) *Ufficiale sanitario - Nomina.* — Il dott. abbonato N. 3073 desidera conoscere se sia legale il decreto del Prefetto con cui si revoca l'incarico a lui affidato di ufficiale sanitario per affidarlo anche in linea provvisoria ad un libero esercente.

Il decreto del Prefetto non ci sembra legale perchè ora gli incarichi provvisorii per l'esercizio della carica di ufficiale sanitario non sono più ammissibili. Restano in piedi quelli che già vi sono, ma non se ne possono concedere dei nuovi, senza commettere una patente violazione di legge, che vuole il concorso. Ella, quindi, avrebbe dovuto rimanere in carica fino allo espletamento del concorso per la nomina del successore. Il provvedimento del Prefetto con cui si procede alla nomina dell'ufficiale sanitario, sia pure in linea provvisoria, è definitivo e come tale può essere impugnato solamente con ricorso in linea straordinaria al Re, nel termine di giorni 180 dalla notifica.

(5060) *Cura tignosa.* — Il dott. G. S. da C. desidera conoscere se la cura della tigna con depilazione rientri nelle mansioni del medico a cura piena.

Noi crediamo che la depilazione in caso di tigna sia opera non di medico o di chirurgo ma bensì di assistente o di infermiere. Pertanto, il medico che la esegue personalmente ha diritto a speciale compenso.

Ella poi ha tanto maggiore diritto di pretenderla in quanto vi è stata la precedente promessa di compenso in lire 300.

La consiglieremmo adire il magistrato ordinario, provocando, possibilmente a mezzo di testimoni, la promessa fatta dalla famiglia.

(5061) *Cura di presidio militare.* — Al dott. abbonato 6098 preghiamo di porgere maggiori chiarimenti giacchè non vediamo la ragione per cui si ritengano violati i proprii diritti dal contratto fatto col collega per la cura del presidio militare.

(5062) *Visita delle carni da macello.* — Il dott. S. G. da C. desidera conoscere se facendogli obbligo il proprio capitolato di visitare le carni da macello in assenza del veterinario tale prestazione debba intendersi gratuita od onerosa.

Dal momento che la prestazione relativa alla visita delle carni da macello è contenuta nel capitolato, in cui non si fa alcun cenno a compenso, devesi ritenere gratuita. Se si fosse inteso ammettere compenso, non solo sarebbe stato inutile inserire apposita disposizione nel capitolato, ma si sarebbe in questo stabilita la misura e l'entità del compenso da corrispondersi caso per caso.

(5064) *Sessenni.* — Il dott. P. M. da F. desidera conoscere se egli possa usufruire del beneficio del sessennio di cui non si fa cenno nel capitolato speciale, ma solo nel regolamento organico degli impiegati, e se, stabilendosi in paese un libero esercente, possa egli essere privato della carica che riveste di ufficiale sanitario.

Se il diritto al sessennio non è sancito nel capitolato speciale della condotta medica non può essere preteso dal sanitario condotto. Tutto quanto è stabilito per gli impiegati in genere, non si applica, se non per esplicito richiamo, al personale sanitario. Il libero esercente che si stabilisce in paese non ha per questo solo titolo diritto alla nomina ad ufficiale sanitario, che ora deve ottenersi mediante concorso. Non spettando la detta nomina di diritto al libero esercente, è mestieri che resti provvisto tuttora dello incarico provvisorio il medico condotto fino a quando non sarà possibile provvedere definitivamente.

(5065) *Domanda di indennità cavalcatura.* — Il dott. A. L. da P. desidera conoscere se appena ottenuta la nomina a medico condotto possa chiedere la indennità di cavalcatura subordinando alla concessione di questa la sua accettazione.

Ella può fare le richieste che crede utili nel proprio interesse, salvo alla amministrazione comunale di aderirvi o meno, non essendo state previste nel capitolato di nomina. Se Ella, rifiutandosi il Comune, si dimette, potrà essere nominato altro sanitario compreso nella graduatoria. Se non vi è alcun altro si dovrà bandire un nuovo concorso.

(5066) *Contributo monte pensione.* — Al dott. U. F. da V. rispondiamo che l'unico mezzo per ottenere il rimborso della annata di contributo illegalmente pagata si è quello di citare il Comune dinanzi all'autorità giudiziaria competente, esibendo in giudizio la risposta ottenuta dalla amministrazione della cassa ed adducendo il fatto che la condotta non era in pianta stabile ma solo in linea provvisoria, e perciò non obbligata ad iscrizione.

(5068) *Somministrazione di medicinali da parte di medici.* — Al dott. A. G. da C. rispondiamo che il medico non può somministrare medicinali ai propri clienti. Se nel paese mancherà la farmacia si provveda subito per l'apertura del relativo concorso, o si chieda al Prefetto, in linea affatto eccezionale, l'istituzione di un armadio farmaceutico.

(5069) *Dimissioni - Riassunzione in servizio - Stabilità - Pensione.* — Il dott. G. C. da V. espone che diversi anni addietro fu nominato a seguito di regolare concorso medico condotto e dopo avere acquistata la stabilità del posto per ragioni di famiglia si dimise. Passati circa due anni, resasi vacante la condotta stessa fu bandito di nuovo il concorso al quale prese parte con esito favorevole. Trovandosi ora nello stesso Comune come medico condotto, desidera conoscere se egli può considerarsi stabile fin da ora e se il servizio prestato sin dalla prima nomina può essere considerato come utile agli effetti della pensione.

Essendosi Ella dimesso dalla carica non può giovarsi del disposto dell'articolo 33 del testo unico delle leggi sanitarie che presuppone il licenziamento del medico condotto durante il periodo di esperimento. In caso di licenziamento i servizii prestati prima della seconda nomina sono computati nella prova, non così per le dimissioni. Se durante il servizio prestato prima delle dimissioni era iscritto alla Cassa di previdenza ed ha pagati i contributi, detto servizio può essere invocato come utile all'atto della liquidazione della pensione.

(5070) *Controllo alle denunzie di malattie infettive.* — Il dott. P. P. da C. essendo ufficiale sanitario di un vasto Comune di 3000 abitanti ove nulla esiste che possa essergli di aiuto nel disbrigo delle sue attribuzioni, chiede conoscere se sia obbligato di recarsi, caso per caso, in qualunque contrada per controllare le diagnosi di malattie infettive in base alle denunzie che gli pervengono da colleghi con la dichiarazione scritta di tutte le cautele sanitarie già poste in uso.

L'ufficiale sanitario, quando ha a sua disposizione personale di laboratorio, delega ordinariamente ad esso il controllo delle denunzie che riceve dai colleghi di casi di malattie infettive. In mancanza di tale personale può delegare gli stessi medici condotti, perchè essi costituiscono quel tale personale tecnico municipale, di cui è cenno nell'articolo 141 del regolamento 3 febbraio 1901 n. 45 e di cui, in mancanza di altro, l'ufficiale sanitario può avvalersi. Sarebbe, però, opportuno che a raggiungere lo scopo in detto articolo prefisso sia, nei singoli casi, destinato pel controllo un collega appartenente ad altra condotta del Comune o ad altra zona della stessa condotta.

(5071) *Assistenza a parti normali.* — Il dott. A. M. da C. desidera conoscere se può chiedere compenso dal Comune per aver operato una partoriente normale in luogo e vece della levatrice, che si denunziò inferma la mattina dopo.

Se la levatrice era effettivamente inferma la sera del parto, non monta che abbia denunziata la sua infermità nel giorno seguente. Sarebbe sempre scusabile. Se dalle indagini che si potranno fare, risulterà che Ella era impossibilitato in quell'ora ad uscire di casa, il Municipio nulla dovrebbe pagare perchè sarebbe, in ogni caso, mancata l'assistenza al parto per forza maggiore. La famiglia avrebbe dovuto provvedere diversamente e se ha provveduto diversamente ricorrendo all'opera del medico, è essa che è tenuta a pagarlo.

(5072) *Incompatibilità dell'ufficiale sanitario che abbia un fratello farmacista.* — Il dott. G. N. da S. B. in G. desidera conoscere in virtù di quali pareri è stabilita l'incompatibilità dell'ufficiale sanitario che abbia un fratello farmacista e quali provvedimenti si possono adottare se l'inconveniente esista ed a chi bisogna ricorrere, perchè ciò sia eliminato.

L'incompatibilità dell'ufficiale sanitario che abbia un fratello farmacista è stata ripetutamente affermata dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato. Si può riscontrare la più recente sanzione contenuta nella decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato del 6 novembre ultimo. Ad eliminare l'inconveniente occorre fare legale ricorso al sig. Prefetto della Provincia, cui compete la nomina e lo esonero di tali funzionarii.

(5074) *Certificati medici.* — Al dott. A. A. da M. d'A. rispondiamo che tutti i certificati medici, meno quelli relativi alla vaccinazione, all'obbligo scolastico, ed al servizio di leva, debbono essere redatti su carta da bollo, tranne il caso di povertà debitamente accertata dal Sindaco. In condotta a cura piena i certificati medici vanno tutti rilasciati gratuitamente.

(5075) *Pagamento di visite.* — Il dott. B. A. da C. chiede conoscere se anche al medico, come al farmacista, competa l'azione commerciale per ricuperare i proprii onorarii.

Il medico non è commerciante, come il farmacista: commerciante è chi compra per rivendere. Tale operazione, se è compiuta dal farmacista, non è certamente compiuta dal medico, che esercita la propria professione. L'azione commerciale è accordata al commerciante e, quindi, non può essere estesa al medico, che non è tale.

(5076) *Cassa di previdenza.* — Il dott. F. L. da P. chiede conoscere se iscrivendosi ora alla Cassa di previdenza abbia diritto al riconoscimento gratuito dei servizii prestati anteriormente alla data di estensione della legge sulla previdenza agli ufficiali sanitarii tanto come medico condotto dal 1886 al 1891 quanto come ufficiale sanitario dal 1895 in poi.

Ora non è più possibile il riscatto gratuito di anni di servizio prestati prima della effettiva iscrizione alla Cassa di previdenza.

Doct. JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico del Laboratorio consorziale di vigilanza igienica fra i Comuni della Provincia. Docum. entro le ore 12 del 15 giugno al presidente del Consorzio, sindaco di Avellino. Titoli speciali. Esami. L. 3000 e due sessenni; partecipaz. agli utili derivanti dalle analisi ai privati e da altri eventuali proventi.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — Condotta piena; ab. 2350; capoluogo in centro del Comune con 5 piccole frazioni a brevissima distanza; lorde L. 5300; abitazione gratuita; tre sessenni su L. 3700. Scadenza 15 marzo.

* CARTIGLIANO (*Vicenza*). — Condotta generalità; L. 4500 lorde più godimento gratuito di circa due campi di terreno che si valutano ad annue L. 120. Per U. S. L. 120. Ab. 2235. Età lim. anni 40. Assunz. entro 15 g. Scad. 10 marzo.

* CASSINE (*Alessandria*). — Una delle due condotte pei poveri; lorde L. 1500; L. 400 indennità di cav. e L. 100 indennità per supplenza. Scadenza 3 marzo.

CIVEZZA (*Porto Maurizio*). — Posizione amena, senza frazioni, a quattro chilometri dalla stazione ferroviaria, ab. 687; stip. L. 2500; L. 150 per serv. ostetr.; all. gratuito. Scad. 4 marzo.

FIORANO (*Lodi*). — A tutto il 6 marzo; L. 3500 nette da R. M.; tre sessenni; per U. S. L. 100; indennità illuminazione dell'ambulatorio L. 25; l'affitto della casa si assicura limitato a L. 225.

FORNI AVOLTRI (*Udine*). — Condotto; ab. 1463; L. 5000 complessive e tre sessenni; cura piena. Documenti alla Prefettura di Udine, Ufficio del medico provinciale, entro il 10 marzo.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Concorso per titoli alla condotta medica piena; stipendio L. 3500 lorde; ab. 3350. Scadenza 31 marzo.

GRUGLIASCO (*Torino*). — Abitanti 3399. Seconda condotta pei poveri; L. 1400, più L. 200 per indennità alloggio. Scadenza 15 marzo.

MANTOVA. *Municipio.* — Medico supplente alle condotte ed all'Ufficio d'igiene; servizio di condotta per i poveri del forese (181); L. 2500 lorde. Docum. al Protocollo Municipale entro il 5 marzo. Accettazione entro 15 giorni.

MONTECICCARDO (*Pesaro*). — Condotta; ab. 2011. Stip. L. 3000 pei poveri, L. 1000 pei semiabbienti, L. 700 per cav., L. 100 per U. S.; casa d'abitazione gratuita; tre sessenni; assicurazione. Scadenza 15 marzo.

NOVARA. *R. Scuola di ostetricia.* — Medico assistente; età meno di 35 anni e assistentato per almeno 3 anni in una Clinica ostetrica o maternità. Tit. ed esame. Stip. L. 500. Scad. 31 marzo.

NOVERIA (*Perugia*). — Condotta di Capo al Sampo, piena; L. 4100 lorde e ind. cavalcatura L. 600; 3 sessenni. Scad. 5 marzo.

ORENO (*Milano*). — Condotta piena, comoda, pochi cascinali, ab. 2839, vicina Vimercate sede Ospedale; L. 3250 nette con 3 sessenni; L. 100 quale U. S.; Scadenza 4 marzo.

* ORVIETO (*Perugia*). — Due condotte rurali; L. 4600 e L. 3600. Scadenza 15 marzo.

PARMA. *Ospizi Civili.* — Sei assistenti dell'Ospedale Maggiore; L. 1560 nette, oltre L. 5 e il vitto nei giorni di guardia, che si presumono di sei al mese. Scad. ore 16 del 12 marzo. Alloggio. Assegni speciali. Laurea da non oltre 6 anni alla chiusura del concorso. Votazioni agli esami speciali e di laurea. Ufficio entro 10 giorni; carica fino al 30 settembre 1916; eventuale conferma per un anno.

PECORARA VAL TIDONE (*Piacenza*). — Condotto; L. 3100 lorde e L. 100 U. S., L. 800 ind. cav. Scadenza 31 marzo.

PERSICETO (*Bologna*). — A tutto il 15 marzo. Riparto inferiore; residenziale; stip. L. 3000; assicurazione contro gli infortuni professionali; assegno per la cavalcatura obbligatoria L. 600.

PERUGIA. *Scuola di Ostetricia dell'Università.* — È vacante un posto di secondo assistente. Stipendio L. 1200 ed alloggio. Rivolgere domanda e titoli al prof. E. Alfieri, Maternità, Perugia.

PETRELLA TIFERNINA (*Campobasso*). — Condottato pei poveri; ab. 2828; L. 1000 lorde. Età massima anni 45 s. e. r. Servizio entro un mese. Scadenza 30 giorni dal 9 febbraio.

POMPIANO-CORZANO (*Brescia*). — A tutto il 10 marzo; residenziale; L. 4000 con obbligo del mezzo di trasporto; tre aumenti sessennali di L. 350; agiati 1000.

PONTEVICO (*Brescia*). — Concorso ad un posto di medico-chirurgo. Stip. L. 3500. Almeno due anni di pratica chirurgica; ab. 7807 divisi in tre condotte. Scadenza 8 marzo.

SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Al 15 marzo: condotta pel 1° reparto (capoluogo); L. 3000 p. poveri, L. 700 p. gli abb., L. 300 per direzione stab. balneo-termali; L. 100 se U. S.;
condotta pel 3° reparto (fraz. di Palazzone); L. 3200 p. poveri; L. 700 p. abbienti, L. 100 gestione a f.;
al netto di cav., lorde, con tre sess.; assicur.

SANGODENZO (*Firenze*). — A tutto il 6 marzo, soli poveri; kmq. 98, di cui metà in monte e metà in collina; ab. 4068, di cui 300 poveri; L. 3000 lorde, tre sessenni, L. 500 per cav. obblig.; L. 200 quale U. S.; L. 300 se rinunzia congedo; L. 100 assicur. Serv. entro 15 giorni.

SAN PANCRAZIO PARMENSE (*Parma*). — Seconda condotta in piano, circa kmq. 20; ab. sparsi 3000, dei quali circa 700 pov.; L. 3500 nette di R. M.; lorde ritenuta C. P.; tre quinquenni del decimo; obbl. cavallo. Capitolato proposto dall'Associazione. Scadenza 10 marzo.

SAN PIETRO VERNOTICO (*Lecce*). — 2ª e 3ª condotta, soli poveri (due terzi della popolazione); L. 3000 lorde. Scadenza 10 marzo.

SERRALUNGA DI CREA (*Alessandria*). — Condotta piena; L. 3000 (L. 1200 pei poveri, L. 1800 per gli abbienti); lire 300 quale U. S.; L. 100 indennità alloggio. Scadenza 5 marzo.

SPEZIA. *Ospedale « Vittorio Emanuele II ».* — Fino al 10 marzo concorso per titoli al posto di assistente di ostetricia e ginecologia; L. 2000 e due sessenni; partecipazione agli utili in ragione del 5 % sugli atti operativi agli abbienti. Chiedere copia dell'avviso all'Ufficio di segret.

TORRICE (*Roma*). Condotta generalità; ab. 4527 in 715 famiglie; ettari 1736; in due condotte; L. 1500 poveri, L. 1500 abbienti; sessenni. Età limite 40 anni. Scad. un mese dal 21 febbraio.

TUILI (*Cagliari*). — Il concorso per la nomina del medico è prorogato al 15 marzo p. v. Stipendio L. 3250 lorde; L. 250 per mese di licenza; L. 100 per a. f.; popolazione riunita 1300.

VARAZZE. *Ospedale.* — Concorso per titoli ai posti di primarî medico, chirurgo e oculista; assegno annuo non superiore alle L. 300; compartecipazione proventi Ambulatorio e tasse operazioni; età non superiore anni 50; anzianità laurea anni 5; obbligo al medico di recarsi all'Ospedale tutti i giorni, pel chirurgo 4 volte e per l'oculista due volte la settimana. Scadenza 20 giorni dal 17 febbraio.

VENEZIA. — A tutto 10 marzo concorso per titoli a medico comunale per i poveri nel 1° circondario (parrocchia di S. Pietro di Castello); L. 3000, aum. del decimo per tre quinquenni, lorde. Quando il numero delle famiglie povere assegnate al medico di circondario risulti, nella revisione annuale dell'elenco dei poveri, superiore a 500, verrà corrisposta al medico stesso un'aggiunta allo stipendio di lire 3 per ogni famiglia eccedente le 500.

VERGHERETO (*Firenze*). — Condotta di Alfero; ab. 2019 in 9 parrocchie; L. 3000, con due sessenni, p. poveri, L. 1100 p. gli abbienti, L. 600 per la cav., lorde; assicur.; L. 100 dal Comune di Sarsina. Scadenza il 30 marzo.

VICENZA. *Ospitale Civile.* — Medico-chirurgo secondario. Scad. ore 16 del 10 marzo. Nomina e conferma biennali. Ufficio entro 10 giorni. Stipendio L. 1700 lorde, alloggio; L. 4 e vitto nei giorni di guardia.

* VILLAMIROGLIO (*Alessandria*). — Medico per cura pov. ed U. S.; lorde L. 1125. Scad. 20 marzo.

ZORLESCO (*Milano*). — Generalità, approvato dalla Sezione Lodigiana M. C.; L. 3500; indennità mezzo di trasporto, senz'obbligo di cavallo, L. 300; per U. S. L. 100; il tutto netto da R. M. e con tre sessenni. Scadenza 17 marzo.

Medico-chirurgo cerca interinato convenienti condizioni, qualsiasi durata nell'Italia centrale e settentrionale. Scrivere a D. A., Perugia per Murelli.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e quelli di offerte o ricerche di supplenze e di interinati.

Diffide e boicottaggi:

Nuovo boicottaggio: Villata (Vercelli), dalle sezione di Novara e Vercelli dell'A. N. M. C., sanzionato dall'Associazione.

Nuove diffide: Segusto (Treviso), Moncestino e Serralunga di Crea (Alessandria), Vas (Belluno).

Revoca di diffide: Marliano [per Montagnana] (Firenze), Solonghello (Alessandria), Sospirolo e Alano Tener (Belluno).

Conferma di diffida: Castel di Casio (Bologna).

Ricordo di diffida: Albino (Bergamo).

Ci si comunica:

« La Sezione Fanese, per accordi intervenuti, revoca la diffida del concorso al posto di medico-chirurgo di Orciano di Pesaro ».

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel corpo sanitario militare.

Ufficiali in servizio permanente:

Colonnello medico promosso maggiore generale medico: Parisi Felice.

Tenente colonnello medico promosso colonnello medico: Lanza Emmanuello.

Ordine della Corona d'Italia.

Grand'uffiziale: Sciumbate cav. Giuseppe, maggiore generale medico.

Uffiziale: Gambio cav. Gaetano, Barbatelli cav. Ettore, colonnelli medici.

Cavalieri: Verdoliva Beniamino, Pantano Arturo, Varden Efisio, Trovanelli Luigi, Sebastianelli Giangiuseppe, Castellano Fedele, Stefano Umberto, Costa Emilio, Bono Giovanni, maggiori medici.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Cavalieri: Del Bello cav. Antonio, Rostagno cav. Giuseppe e Fattori cav. Giovanni, maggiori medici.

Ufficiali di riserva:

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Moscati Tommaso, Ruggeri Giuseppe, Aprosio Roberto, Sirignano Felice, Schirru Guglielmo, Severico Giuseppe, Marcaria Giovanni.

Ricompense suppletive per la campagna di guerra in Libia.

Medaglia d'argento (in commutazione di medaglia di bronzo già conferita): Mereu Rosolino e Maffeo Luigi, tenenti medici. Medaglia di bronzo (in commutazione di encomio solenne già conferito): Gualdi Carlo, maggiore medico; Marengo Lorenzo, capitano medico; Rombolà Antonio, tenente medico. Cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia: Giarrusso Gesualdo, capitano medico.

PARMA. — Il dott. Golinelli Alberto è nominato assistente alla Clinica medica.

TORINO. — Il dott. Borgheggiaia Gustavo è abilitato alla libera docenza in otorinolaringoiatria.

LETTERE DA PARIGI.

Profilassi amministrativa.

La Commissione d'igiene della Camera e i servizi di sanità militare. — In un'altra corrispondenza ho annunciato che la Commissione di igiene della Camera dei deputati si era trovata in disaccordo con il ministro della guerra, o piuttosto con il generale Joffre, circa le missioni di controllo che essa si proponeva di esercitare nelle zone degli eserciti in guerra.

La Commissione domandava che 11 dei suoi membri fossero autorizzati a visitare le formazioni sanitarie del fronte e il generale in capo non consentiva invece che a dare la sua autorizzazione a 2 soli rappresentanti della Commissione.

In seguito a nuovi colloqui, il ministro della guerra si è messo d'accordo colla Commissione. Tre Commissioni, di 4 membri ciascuna, partiranno successivamente e visiteranno le formazioni sanitarie dell'esercito combattente, accompagnate dall'ispettore generale medico Chavasse.

La prima Sottocommissione è già partita. Durante il suo viaggio le altre Sottocommissioni procederanno all'interno a una visita degli ospedali, dei depositi di convalescenti e alle istallazioni di elettroterapia e meccanoterapia che debbono essere create per condurre a una guarigione definitiva il più rapidamente possibile tutti i feriti che sono stati tenuti immobilizzati in apparecchi di contenzione.

Resta inteso che la grande Commissione interparlamentare istituita recentemente dal ministro della guerra e della cui creazione vi tenni informati, funzionerà indipendentemente.

La lotta contro l'alcoolismo. — Disgraziatamente l'alcoolismo era riuscito a mettere profonde radici in Francia e sopratutto quella forma speciale di alcoolismo che prende il nome d'*absintismo*. L'assenzio in tintura alcoolica, mescolato ad altri estratti d'erba e sovente coll'impiego di alcooli della peggiore specie, costituiva fino a cinque mesi fa la bevanda preferita dell'operaio e dell'impiegato francese. Chi non è abituato a questo veleno, già dopo averne assorbito una quantità che costituisce la dose comune di « aperitivo », avverte giramenti di capo, e nausea, accompagnata da una leggera euforia, cui segue sudore e senso di prostrazione abbastanza marcato.

Coll'uso ci si abitua al veleno e si finisce in breve, come per la morfina e per l'oppio, per non poter più farne a meno. Intanto i danni causati dall'alcool e dall'assenzio assumono proporzioni sempre più gravi e spesso conducono gli intemperanti sulla soglia della pazzia o del-

la tubercolosi. Ma presso quelli che fanno del veleno un consumo più moderato si stabilisce uno stato di intossicazione cronica che produce effetti funesti tanto sulla resistenza dell'individuo alle malattie, quanto sulla discendenza.

Più e più volte gli scienziati avevano levato la voce contro l'assenzio, ma invano. Ogni proposta di legge intesa a modificare il numero degli spacci di bevande alcooliche urtava contro il blocco degli spacciatori che in Francia sono gli agenti elettorali più influenti. E la proposta era messa nel dimenticatoio, mentre il veleno continuava a beffarsi della lega antialcoolica e il « marchand de vin » nel versare nel bicchiere del consumatore « une verte » rideva sotto i baffi pensando al viso lungo e alle querimonie inutili di « Messieurs les Hygienistes ».

Tutta una regione di Francia al confine svizzero, la regione di Pontarlier, viveva del commercio e della fabbricazione dell'*absinthe,* mentre il resto del paese ne moriva.

Allo scoppio della guerra nei dipartimenti in cui l'autorità politica era passata in mano delle autorità militari, un breve decreto soppresse la vendita al minuto dell'*absinthe.* Ci fu un primo momento di stupefazione per l'inattesa misura che anche i prefetti dei dipartimenti in cui l'amministrazione non era militarizzata applicavano l'un dopo l'altro. Poi si ricorse alla frode, poichè nessun decreto aveva vietato la fabbricazione dell'*absinthe* e il liquore verde, invece di essere distribuito « sur le zinc », continuava a correre a fiotti, pudicamente, nel retrobottega.

Ma il Governo era fermamente deciso a tagliare il capo dell'idra e ora un decreto in data del 7 gennaio 1915 interdice « la vendita all'ingrosso e al dettaglio e la circolazione dell'*absinthe* e dei liquori simili ». Un altro decreto, portante la stessa data, prescrive che non possa venir aperto alcun nuovo spaccio di liquori o aperitivi, meno di quelli a base di vino e di un titolo inferiore ai 23 gradi.

Il rapporto annesso al decreto constata che la circolazione dell'*absinthe* che in tempo normale era *mensilmente di ventimila ettolitri,* era caduta a soli 50 ettolitri al mese, solo per effetto dei decreti prefettizi presi per invito del Governo. Il decreto odierno toglie ogni possibile via d'uscita, vietando la vendita all'ingrosso e obbligando quindi le grandi Case produttrici a chiudere le loro fabbriche.

Ma un capoverso del decreto suaccennato aggiunge: « Tuttavia la presente proibizione non si applica alle spedizioni all'estero o ai magazzini destinati all'esportazione all'estero ».

Sedotti dalla speranza che in un prossimo avvenire le interdizioni cadano e per non lasciare languire le loro aziende, i produttori non tenteranno di profittare della clausola per inondare i paesi vicini della trista bevanda? Pontarlier è sulla frontiera svizzera, a qualche ora da Milano. La Svizzera, come il Belgio e l'Olanda, ha interdetto l'uso dell'*absinthe,* ma il mercato italiano, ancora fortunatamente quasi vergine, potrebbe essere tentato da speculatori poco scrupolosi, che non vedono altro miraggio che il proprio guadagno, anche a prezzo della salute pubblica. Già l'alcoolismo comincia a mietere vittime in qualche provincia del nord d'Italia, specie fra gli emigranti reduci dall'America e la clientela aumenta nei manicomî, negli ospedali, e nelle prigioni di quelle località. « Provideant consules » finchè c'è tempo, pensando che è meglio sempre in materia di salute pubblica, prevenire piuttosto che reprimere.

Il Libro d'oro dei medici militari francesi. — Nella seduta solenne della Società chirurgica, il prof. Taffier ha fatto una comunicazione, che è stata largamente riprodotta dai giornali politici, dalla quale risulta che al 31 dicembre 1914, sopra i 14,000 medici militari dell'esercito francese, 6500 si trovano tra gli eserciti combattenti. Furono uccisi, feriti o dispersi 793 (93 uccisi, 260 feriti, 440 dispersi), 507 hanno dovuto essere inviati per malattia negli ospedali, cioè in tutto 1300 sono fuori di combattimento.

Come le cifre dimostrano la proporzione è altissima, 1 su 10 di tutti i medici attualmente in servizio.

Nella guerra moderna la morte viene da lontano e il bracciale di Ginevra non protegge più efficacemente contro il nemico, eppure tra i medici militari è una gara continua a chi avrà la fortuna di essere destinato alle formazioni della linea avanzata.

Parigi, 27 gennaio 1915. Dottor GOD.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la panificazione economica ed igienica.

Per dare esecuzione all'art. 6 del R. Decreto 31 gennaio, n. 50, col quale il ministro degli interni, d'intesa col ministro di agricoltura, fu autorizzato a stabilire norme obbligatorie per la panificazione e la vendita della farina e del pane, è stata, con decreto ministeriale, nominata una Commissione tecnica col mandato di proporre un tipo unico di pane, che, rispondendo alle esigenze dell'igiene alimentare, richieda un consumo notevolmente minore di grano. La Commissione è composta dei signori: Paternò di Sessa marchese Emanuele, professore della R. Università di Roma, presidente; Di Vestea comm. Alfonso, professore ordinario di igiene alla R. Università di Pisa; Loriga prof. cav. Giovanni, capo del Circolo medico dell'Ispettorato dell'industria e del lavoro; Accarini ing. cav. Antonio, direttore generale Molino e Pastificio Pantanella;

Biscarini ing. Alviero, dell'Ispettorato dei servizi di Commissariato militare.

La Commissione, potrà sentire, occorrendo, altri tecnici e potrà istituire opportuni esperimenti. Dovrà esaminare se e con quali norme e cautele convenga permettere o prescrivere l'utilizzazione della crusca o del grano integrale e la miscela di farina di frumento con altre farine.

Sui servizi sanitari dell'esercito.

Il senatore dott. Santini ha presentato alla Presidenza del Senato un'interpellanza sulla organizzazione dei servizi sanitari dell'Esercito, nei riguardi di eventuali mobilitazioni.

Per il servizio sanitario in guerra.

A Bologna il prof. Ferdinando De Napoli tiene un corso festivo di istruzione sommaria sul servizio sanitario ed il materiale sanitario di guerra, per gli studenti di 6° anno della Facoltà di medicina.

Corso di perfezionamento in Igiene e Polizia Sanitaria.

Nel corrente anno scolastico 1914-15 nell'Istituto di igiene della R. Università di Catania avrà luogo il corso bimestrale d'igiene pei laureati, dal 1° aprile al 31 maggio. Tassa di lire 100. L'iscrizione verrà chiusa il 30 marzo corrente. Per altri schiarimenti rivolgersi al rettore della Università.

Il IV Congresso nazionale contro la tubercolosi.

si è svolto a Genova negli scorsi giorni. All'inaugurazione erano presenti l'on. Celesia, sottosegretario di Stato agli interni, varî senatori, deputati ed altre autorità; numerose le adesioni.

Parlarono il sindaco Manone, il prof. Poli, presidente del Comitato organizzatore, il senatore Foà, S. E. l'on. Celesia. Il Congresso mandò un saluto al senatore Maragliano, indisposto.

Seguì la trattazione dei temi, da noi già annunziati.

Tenne un discorso di chiusura il senatore Foà.

A sede della prossima riunione, che avrà luogo nel 1916, vennero proclamate Venezia e Padova.

Laboratori autorizzati.

Un decreto ministeriale in data 28 gennaio approva l'elenco dei Laboratori chimici ai quali debbono essere spediti per le analisi e gli assaggi i campioni di burro e di formaggio prelevati dagli ufficiali sanitari comunali e dagli agenti doganali durante il 1915.

La Facoltà medica di Messina.

Il ministro della P. I. ha disposto che siano riaperte a Messina le Facoltà di scienze (1° biennio) e di medicina (1° anno), la Scuola di farmacia e la Scuola di ostetricia per le levatrici.

All'uopo è stata presa in affitto una nuova palazzina in via Santa Cecilia; per l'anatomia umana saranno approntati appositi locali in altra sede opportuna.

Sono stati richiamati i professori che erano comandanti presso altre Università .

Onoranze a colleghi.

Al cav. dott. Carlo Francioni, che da 25 anni è medico condotto apprezzato ed amato di Porto S. Stefano (Grosseto), sono state tributate onoranze cordiali; tutta la popolazione vi aderì con slancio di riconoscenza affettuosa.

Commemorazione di Luigi Pastro.

Alla Camera dei deputati l'on. Bertolini pronunziò il discorso che riportiamo, in memoria ed elogio del glorioso patriota estinto:

« Rappresentante politico del paese che gli diede i natali e pel quale egli nutrì sempre vivissimo affetto, rendo commosso e reverente tributo d'onore alla memoria di Luigi Pastro. La fede nell'Italia, il fervore dell'amor di patria, la forza dell'idealità, l'intrepida inflessibilità del carattere, hanno fatto di lui un eroe degno di leggenda. Ma anche sostenendo il lungo martirio di una insidiosa procedura e d'una orrenda prigionia, mantenendosi indomito fra strazianti torture fisiche e morali, egli non ritenne che di compiere l'obbligo suo. Questa mirabile coscienza di modestia, la quale sublima i cimenti da lui superati, egli serbò in tutta la vita, non rammaricandosi per molti anni che fosse assai ristretta la cerchia di quelli che ammiravano ed amavano lui abborrente da sollecitazioni e solitario nella sua sdegnosa sincerità, poi meravigliato di esser quasi d'un tratto, per un salutare ravvedimento, divenuto oggetto di universale venerazione.

In tempi, in cui s'è perduta l'abitudine dei sagrifici personali, Luigi Pastro resta esempio e monito a noi sovra tutto per quella sua naturalezza di patriottismo, che considerava il sagrificio come l'adempimento di un ordinario dovere. Solamente quando l'ardore del sentimento nazionale e la disciplina morale non sono l'esplosione artificiosa di un giorno, ma informano tutta la sua vita, solamente allora un popolo può davvero contare su sè stesso, sulla sopravvivenza, anche in mezzo alle più difficili prove, del suo genio e della sua fortuna.

Piaccia alla Camera esprimere alle città di Venezia e Treviso ed al Municipio di Volpago vivo cordoglio per la scomparsa di questo fiero purissimo campione del patriottismo veneto » (Approvazioni).

L'on. Federzoni aggiunse a quella dell'on. Bertolini la sua parola, rievocando la figura del grande patriota.

È morto a Ginevra l'oftalmologo **Auguste Barde.**

Per circa 50 anni diresse un ospedale oftalmico di primissimo ordine, fondato dal barone Alfonso de Rothschild, in riconoscenza delle cure che il Barde ebbe a prestargli a Napoli, per una ferita riportata ad un occhio.

Ad Heidelberg è morto, ottantenne, il professor **Julius Arnold.** Fu un rinomato istologo e patologo.

A Gottinga è morto a 69 anni il prof. **Erwin v. Esmarch,** ordinario di igiene e chimica medica, figlio del noto chirurgo Friedrich von Esmarch.

Rassegna della stampa medica.

The Americ. Journ. of the Medical Sciences, nov. FRIEDENWALD: Mille casi di cancro dello stomaco. — SACHS, STRAUSS e KALISKI: Trattamento della sifilide del sistema nervoso. — VEEDER: Ulcera duodenale nell'infanzia. — CLARK: La costituzione epilettica.

The Boston M. a. S. Journal, 5 nov. BALBONI: Il pneumotorace artificiale alla Forlanini. — TALBOT: L'asma nei bambini; sue relazioni col « veleno delle uova » (veleno anafilattico).

Klin.-ther. Woch., 2-9 nov. ENGELMANN: La questione dell'eredità.

Medic. Record, 7 nov. CALLENDER: L'albumina nello sputo dei tisici.

The Lancet, 7 nov. ROSS: Sui recenti progressi della medicina; la malaria. — POWER: I feriti in guerra. — MART, JONES: L'anestesia per via intratracheale.

Gazz. d. Osp., 8 nov. STEINER: L'impacco permanente.

Berl. klin. Woch., 9 nov. ADLER: Le ferite di arma da fuoco perforanti dello stomaco. — MÜHSAM: Sulla terapia del tetano. — STEINDORFF: La chirurgia di guerra dell'occhio. — DE LANGEN: Diabete renale. — FIDDLER: Ernia diaframmatica.

The Med. Review, nov. EDINGTON: Il regredire del trattamento operativo delle fratture. — STINER: Pielocistiti infantili.

Münch. Med. Woch., 10 nov. HOLZKNECHT: Localizzazione radiologica dei corpi estranei. — PÖHLMANN: Superinfezione nella tabe dorsale. *App.* — FRAENKEL, FRANKE: Sulle gangrene gassose. — HOTZ, GULEKE: Ferite in guerra del sistema nervoso. — EUNIKE, AUGERER: Sulla cura del tetano.

Allg. Wien. med. Zeitung, 10 nov. KATZ: Setticemie con temperatura normale?

Wien. Klin. Woch., 12 nov. MARBURG, RAUZI: Trattamento delle ferite d'arma da fuoco del cervello. — BERUTEIMER: Ferite da guerra dell'occhio.

Riv. Ospedaliera, n. 20, PUTTI: Trapianto tendineo nella cura della paralisi traumatica dello sciatico popliteo esterno. — PIERI: L'incavigliamento nella cura delle fratture della clavicola con grave spostamento.

Gazz. d. Osp., 12 nov. Polinevrite postdifterica.

La Rif. Med., 14 nov. FULCHIERO: Siero-diagnosi dei tumori maligni col metodo Abderhalden. — CURTI: La reazione alla luetina di Noguchi.

Zbl. f. inn. Med., 14 nov. SCHWARZMANN: Blocco cardiaco con fibrillazione auricolare parossistica. — BREITMANN: Sintomatologia e terapia dell'angina addominale.

Mediz. Klinik, 15 nov. QUINCKE: Le modificazioni dell'accezione di dissenteria. — PAUL: Vaiolo e lotta antivaiolosa. — HART: Atrofia muscolare e contratture muscolari nel torace dei tisici.

Riv. crit. di Clin., 14 nov. CAMPANI: Nuovo segno prognostico nella tubercolosi polmonare: la reazione all'olio di croton.

Pensiero Med., 15 nov. DELLA TORRE: Sui diverticoli della vescica. — BONAZZI: Cuore mobile e cardioptosi.

Berl. Klin. Woch., 16 nov. MELCHIOR: Le ferite da proiettili « indiretti ». — FINDER e RABINOWITSCH: L'impedimento sperimentale alla respirazione nasale e attecchimento della tubercolosi. — MÜNZER: I limiti dell'organoterapia.

Arch. p. le Sc. Med., 15 nov. CESARIS-DEMEL: Sull'origine delle piastrine dei megacariociti. — SAPEGNO: Istologia normale e patologica del fegato.

Gazz. d. Osp., 15 nov. DE GAETANI GIUNTA: Il salasso della vena pedidea nell'uremia cerebrale epilettica da nefrite acuta.

Bull. de l'Ac. de Méd., 10 nov. QUÉNU: Trattamento delle fratture della coscia da proiettili di guerra infetti.

Riv. d'Ig. e San. Publ., 16 nov. MISSIROLI: Proprietà colturali del bacillo pestoso.

La Clin. Ostetr., 15 nov. RESNEVIC-SIGNORELLI: L'infantilismo dei genitali muliebri.

Medic. Record, 14 nov. FISTER E. D.: Le malattie tossiche del sistema nervoso. — FISTER C. S.: Una più larga concezione della gastroenterologia. — RICHTER: Errori nella lettura della pressione sanguigna.

Bull. de l'Ac. de Méd., 17 nov. BERTRAND: Impiego della morfina come anestetico. — TRILLAT: Rapporti tra condizioni atmosferiche e diffusione delle epidemie.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XXII. *Roma, 7 marzo 1915* **Fasc. 10**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Premio ordinario agli associati, per il 1915.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Assistente nella R. Clinica Otoiatrica
e aiuto medico negli ospedali di ROMA

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Sarà un volume in formato tascabile di circa 800 pagine, nitidamente stampato, con molte figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso. È già in corso di stampa e sarà pronto alla fine di marzo 1915.

SOMMARIO: INTRODUZIONE. *Importanza dell'otorinolaringoiatria.* Intenti e confini moderni di questa branca. — I. NASO. Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia: Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame del naso. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. SENI O CAVITÀ ANNESSE AL NASO. IPOFISI. — II. BOCCA. FARINGE. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della faringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. ESOFAGO, TIROIDE E TIMO. — III. LARINGE E TRACHEA. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della laringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. — IV. ORECCHIO. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame dell'orecchio. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. Medicina legale e infortuni sul lavoro.

Avvertenza. **Per aver diritto al suddetto interessante volume, spedire *subito*, mediante Cartolina-vaglia indirizzata nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, n. 46 - ROMA, l'importo d'abbonamento per l'anno 1915. (*)**

(*) *N. B.* Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patologia Speciale Medica dimostrativa della R. Università di Modena
diretto dal prof. L. VANNI.

Dell'uso di sali insolubili di calcio per via intramuscolare.

Nota preliminare
del prof. dott. T. SILVESTRI, aiuto.

L'importanza biologica e terapeutica dei sali di calcio va ogni dì aumentando, cosa di cui mi compiaccio, perchè la nostra scuola a varie riprese, ha portati contributi clinici e sperimentali sull'argomento.

Come è noto il tubo digerente è la via di introduzione per eccellenza dei preparati di calcio, e fino a pochi anni fa anzi l'esclusiva.

Infatti esso si presta mirabilmente all'assorbimento pronto di grandi quantità di sali solubili, e numerose ricerche clinico-sperimentali dimostrano come ben corrisponde anche per gli insolubili, per cui solo in condizioni eccezionali viene sentito il bisogno di ricorrere ad altre vie. Queste sono rappresentate dalla iniezione endovenosa di sali solubili (cloruro di calcio in ispecie), e dalla via sottocutanea, per la quale siamo pressochè ridotti ad un unico preparato, alla gelatina calcica cioè.

I sali solubili possono essere utilizzati per questa via, ma solo in piccolissime quantità, in

genere insufficiente allo scopo: in dose maggiore, quale di regola si richiede, si fanno causa di infiammazione più o meno estesa, non che di necrosi, almeno se devo giudicare dalle numerose esperienze praticate qualche anno fa, quando studiai l'azione dei sali di calcio in rapporto all'avvelenamento stricnico e tetanico.

Circa i criteri che devono guidarci caso per caso, ecco quanto risulta dalla diligente osservazione clinica.

Nei casi urgenti, quando cioè è necesario introdurre prontamente grandi quantità di sali di calcio, ricorriamo ai sali solubili *per os, per anum* e per iniezione endovenosa.

La gelatina semplice o calcica viene parimenti raccomandata nelle emorragie gravi, ma alla lentezza d'assorbimento, all'icostaza dei risultati accoppia molti inconvenienti, e non eccezionalmente dei pericoli (tetano).

Quando invece ci prefiggiamo di ricalcificare, di ipercalcificare l'organismo (tubercolosi, diatesi emorragiche, forme convulsive, ecc.) per consenso unanime si fa capo ai sali insolubili, perchè i solubili, se vengono prontamente assorbiti, avrebbero il grave inconveniente di abbandonare troppo presto l'economia, e di non poter quindi essere usufruiti dai tessuti per riparare il deficit di calcio.

Da quanto sopra risulta intanto che la via sottocutanea ed intramuscolare non sono usufruibili finora per la medicazione calcica, il che non è privo di importnza, come *a priori* potrebbe sembrare.

Volendo colmare questa lacuna, ed edotto dai danni locali dei preparati solubili anche a dosi medie, fin dal 1911-12 feci ricerche in conigli e mi convinsi che i fosfati, il carbonato di calcio erano ben tollerati per via sottocutanea, intramuscolare, peritoneale, non solo ma che questi venivano riassorbiti completamente in tempo relativamente breve.

Tali ricerche sono state riprese nel luglio p.p., e in 6 conigli di diversa età ho potuto confermare in modo assoluto quelle precedenti.

Determinando poi in altri 6 conigli alterazioni sottocutanee, muscolari, pleuropolmonari con iniezioni di tintura di iodio, con trementina, ho potuto convincermi che i sali insolubili di calcio iniettati dopo in altri punti venivano in buona parte a depositarsi nelle zone maltrattate.

Ero a questo punto quando ho letto un breve riassunto d'un lavoro di Tanaka (*Bioch. Zeitsch.*), nel quale si accenna a ricerche fatte iniettando nel peritoneo e tessuto sottocutaneo di conigli del fosfato di calcio, dalle quali risultava non solo il pronto assorbimento di questo, ma la successiva calcificazione sotto forma di depositi, controllabili anche dopo 48 ore, nelle diverse parti dell'economia, specie al cuore, nei muscoli, nel tessuto sottoperitoneale.

Bisogna ammettere, così conclude, che i sali insolubili di calcio (carbonato, fosfato, solfato) siano resi da prima solubili, donde l'assorbimento, e quindi nuovamente depositati.

Questi risultati dimostrano come anche nel soggetto normale i sali insolubili introdotti per via sottocutanea e peritoneale vengono facilmente ritenuti, e nel loro depositarsi seguono le leggi dell'affinità, la quale, anche rispetto al calcio, è diversa da organo ad organo.

Forte di questi risultati, fatta sterilizzare al collega Vallisnieri (sterilizzazione frazionata) una certa quantità di fosfato e carbonato di calcio, ho tentato in clinica il metodo, ricorrendo come veicolo della sospensione prima all'acqua stillata e sterilizzata, indi ad una soluzione di zucchero al 7-8-10 %, allo scopo di ridurre al minimo il dolore, e mi sono trovato contento. La sospensione bisogna farla volta per volta; la sterilizzazione dei sali può trascurarsi affatto.

Anche iniettando 3-4-6 gr. di carbonato o di fosfato di calcio in una volta, sospesi in 15-20 cmc. della soluzione zuccherina, nella massa dei glutei, la tollerabilità è perfetta, il dolore pressochè nullo. Solo dopo 6-8 ore circa, se la dose è alta, si desta un po' di dolore, più spiccato col fosfato di calcio, sopportabilissimo del resto, dolore non di rado accompagnato da lieve reazione locale, l'uno e l'altra della durata di 12-24 ore al massimo.

Questi fenomeni sono poi addirittura trascurabili quando la dose del sale iniettato è di grammi 2-2 1/2; quntità, come si concepisce, tutt'altro che trascurabile, e più che sufficiente nella grandissima maggioranza dei casi.

Del resto in uno scorbutico grave, magro e con masse muscolari misere ho potuto praticare 2 iniezioni quotidiane di 4 gr. ciascuna di fosfato tricalcico, e 4 a giorni alterni di gr. 6, sempre alle natiche, senza che siasi verificato il più piccolo inconveninte locale, e con grandissimo vantaggio del malato (1).

Riferirò a suo tempo i risultati delle osservazioni in corso: ho creduto intanto di dar conto delle ricerche fatte perchè mi sembrano non prive di interesse, ed in questa attesa non mi paiono azzardate le seguenti proposte:

(1) Il dolore e la reazione postumi sono verosimilmente da ricollegare a solubilizzazione di una certa quantità del sale inietato, almeno per analogia con quanto avviene nell'iniezione di sali solubili. Ma, come ho detto, sono miti e quindi trascurabili di fronte ai vantaggi ed alla semplicità del metodo.

1° Le iniezioni di sali insolubili di calcio (carbonato, fosfati) dovranno sostituire quelle di gelatina calcica o meno, di cui ha certamente il vantaggi e non divide gl'inconvenienti.

2° Le iniezioni di sali insolubili di calcio dovranno diventare il metodo per eccellenza, e non di rado esclusivo per la ricalcificazione, per la ipercalcificazione prolungata dell'organismo.

3° Anche nei casi urgenti (emorragie, avvelenamento per ossalati, tetania, ecc.), soddisfatte alle impellenti esigenze del momento colla somministrazione di sali solubili *per os, per anum,* a dose alta, altissima (cosa che molti non hanno ancor capito), oppure per via endovenosa, le iniezioni di sali insolubili non devono essere trascurate come quelle che possono utilmente corrispondere a tutti i bisogni ulteriori del caso.

Modena, 14 ottobre 1914.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Sull'indicazione operatoria nelle malattie gastriche.

(W. A. BASSEDO e L. T. LE WALD. *American Medicine,* IX, 7).

I casi cronici che presentano una possibile indicazione all'intervento possono essere opportumente distinti in quelli che presentano segni di ostruzione a carico dello stomaco e in quelli che ne mancano. Lungi da una completa trattazione gli AA. si propongono solo di esaminare alcuni sintomi clinici che aiutano il pratico nella decisione all'operazione.

I. — LESIONI OSTRUENTI.

1° Se v'è disfagia e l'ostruzione risiede sul cardias (come si dimostra per mezzo di una sonda esofagea o gastrica) si tratta o di cardiospasmo con dilatazione esofagea, o di un diverticolo, o di una stenosi connettivale, o di un cancro vuoi dell'esofago, vuoi della piccola curvatura che invade anche il cardias. Poichè tali casi sono il più delle volte non chirurgici e nella pratica comune sono rari, basta ricordare solo il grande valore della radioscopia nella loro diagnosi.

2° *Ulcera.* — Nelle malattie gastriche è molto comune la storia di attacchi di indigestione che si ripetono ad intervalli per anni, ogni attacco persistendo per un periodo di tempo che va da una settimana a 3 mesi. Tali attacchi si manifestano con una particolare sensazione di rosura o di vuotezza nello stomaco, con un senso di debolezza generale e talvolta nausea, insorgono circa 3 o 4 ore dopo i pasti, di notte o di giorno, si interrompono con bicarbonato di soda o un bicchiere di latte o anche di acqua di soda e di solito migliorano con dieta lattea. Di regola questi pazienti sono gran consumatori di bicarbonato di soda, di rabarbaro, ecc.

Tali casi sono frequentemente considerati come dispepsia nervosa e in tal modo possono durare parecchi anni. Ma una tale storia di solito si riferisce a un'ulcera, per lo più duodenale o anche prepilorica: se non v'è ostacolo al vuotamento di solito una tale ulcera non richiede un trattamento chirurgico. Ma se oltre alla storia suddetta v'è molta flatulenza, v'è vomito ripetuto di cibo acido, v'è denutrizione, e spesso si è dovuto ricorrere alla lavanda gastrica per alleviare le sofferenze, bisogna pensare a una ostruzione pilorica.

Con i sintomi sopra abbozzati, le prove di maggior valore sono il pasto di prova e la dilatazione artificiale. Se dopo aver gonfiato lo stomaco si avverte un buon gorgoglio pilorico a intervalli più o meno regolari e dopo 6 ore è scomparsa qualunque traccia del pasto di prova certamente non si tratta di una ostruzione chirurgica. Se dopo aver gonfiato lo stomaco vi sono buone onde peristaltiche, ma manca il gorgoglio, il piloro è o ostruito o chiuso per spasmo, si noti che se la peristalsi non è evidente nessun valore ha l'assenza del gorgoglio. Se 8 ore dopo il pranzo di prova lo stomaco ne contiene ancora una considerevole quantità in stato di fermentazione, e tanto più se lo stesso risultato si ha dopo aver sottoposto il paziente a un trattamento speciale (alimenti blandi ben disintegrati, correzione dell'iperacidità e riposo) bisogna parlare di stenosi pilorica e consigliare l'operazione.

La diagnosi può esser confortata dal reperto radioscopico che mostri una torsione della regione pilorica o della prima porzione del duodeno e un ristagno di una parte del cibo bismutato nello stomaco a 6 ore dall'ingestione. Di regola i raggi Roentgen non sono necessari per questa diagnosi, ma è bene usarli prima di ogni operazione in quanto possono svelare qualche cosa che i sintomi clinici non dimostravano.

3° Nei casi di *pilorospasmo* puro senza lesione organica vi può essere qualche incertezza nella diagnosi: si terrà conto del nessun sollievo arrecato dall'ingestione del cibo o di alcali, della indipendenza del dolore dal periodo della ingestione, della mancanza della dolorabilità circoscritta, provocata dalla pressione digitale nella regione duodenale o pilorica, e, infine, della assoluta incostanza dei fenomeni in rapporto alla quantità del cibo. Del resto in alcuni casi di pilorospasmo persistente, la cui causa non

può esser vinta, può essere indicata la gastroenterostomia.

4° *Ostruzione pilorica nei bambini.* — Di grande ausilio diagnostico è il fatto che gli alimenti liquidi normalmente cominciano ad essere espulsi dallo stomaco assai presto: in tal modo somministrando del latte bismutato siamo in grado di controllare allo schermo con molta approssimazione con quale grado di stenosi abbiamo da trattare. Stando così le cose è evidentemente assai opportuno di applicare precocemente l'uso dei raggi Roentgen in ogni caso sospetto. In tal modo quei bambini che sono affetti da un vero tumore con un lume così piccolo da occludere praticamente il passaggio del cibo nel duodeno possono essere inviati al chirurgo ancora in buone condizioni di nutrizione. D'altro lato sarà possibile differenziare i casi di spasmo pilorico senza tumore e quindi determinare precocemente la diagnosi e la prognosi.

5° Stabilita l'esistenza di una stenosi pilorica resta a determinare la *natura della lesione*: ulcera, cancro, aderenze, ecc. Spesso nei casi precoci la clinica è insufficiente a dirimere il dubbio mentre l'esame radioscopico può fornircene la chiave.

L'assenza di sangue, anche latente, nelle feci e l'ipercloridria parlano a favore dell'ulcera (la quale può però aver già iniziato la sua trasformazione cancerigna); se nella regione pilorica si avverte una massa dolente, se nelle feci si trova sangue, se v'è anacloridria, può esser avanzata la diagnosi di cancro, vi sia o no la cachessia. Notiamo di passaggio che è assolutamente necessario il lavaggio dello stomaco prima di somministrare la colazione di prova: quando v'è ristagno di contenuto gastrico in fermentazione non è infrequente la presenza nei casi di cancro di HCl libero (acido cloridrico di ristagno di Boas) e viceversa di acido lattico nei casi di ulcera. Spesse volte nella persuasione di aver da fare con un cancro basandosi solo su quei dati chimici il chirurgo asportò una porzione di stomaco nella quale poi l'esame più accurato non dimostrò la minima traccia di tessuto neoplastico.

6° *Stomaco a clessidra.* — Il segno classico è costituito dalla rapida comparsa di residuo alimentare dopo che lo stomaco è stato apparentemente ben lavato. Ma spesso tale segno è fallace: così è p. e. per una pseudostenosi a clessidra, vale a dire una stenosi spasmodica nel corpo dello stomaco senza lesione organica; e in altri casi di stomaco dilatato atonico è segno più imbarazzante che utile.

Il miglior mezzo dignostico clinico è il rigonfiamento, ma esso è di gran lunga superato dalla radioscopia.

II. — LESIONI NON STENOSANTI.

1° *Ulcera.* — È opinione degli AA. che una ulcera gastrica o duodenale non stenosante non costituisce di solito una indicazione chirurgica: ma se i raggi Roentgen dimostrano trattarsi di una ulcera perforante o se nonostante il trattamnto si ripetono delle emorragie gravi, v'è costantemente dolore o nausea, v'è deperimento, l'intervento è indicato.

2° *Cancro.* — Stenosante o no, a meno di non essere divenuto inoperabile, è sempre di dominio della chirurgia. Da un lato abbiamo casi con tumore palpabile, assenza di acido cloridrico libero e presenza di acido lattico, melena, contenuto gastrico color fondo di caffè: questi segni parlano per un carcinoma gastrico che però non è già più in uno stadio precoce, tuttavia è forse operabile. D'altro lato se il tumore è esteso e non spostabile o è accompagnato da metastasi o da avanzata cachessia, non si può parlare di intervento. Un cancro non stenosante, non palpabile, non ulcerante, non emorragico, è di difficile diagnosi: e se vi sono dei mezzi di laboratorio che potrebbero aiutarci ad essi non si ricorre perchè non abbiamo ragione di sospettare la presenza del neoplasma.

3° *Gastroptosi.* — La questione dell'*indicatio operandi* nei casi di accentuata gastroptosi e di semplice stomaco a sifone è tuttora aperta. Per quel che riguarda lo stomaco a sifone, Satterlee e Le Wald così si esprimono:

Lo stomaco a sifone va considerato come entità morfologica: la sua caratteristica è che il piloro, tenuto fisso dal legamento gastro-epatico e dal tessuto retroperitoneale, si trova in posizione relativamente alta ma normale. Lo stomaco a sifone può esser quasi considerato come un organo ptosico con la prima porzione del duodeno e il piloro fissati nella posizione normale sì da dare un caratteristico braccio pilorico lungo. Il vomito è raro; è molto più comune il ristagno e una parte dei sintomi può esser appunto attribuita a questo fatto. Le indicazioni e controindicazioni all'intervento possono essere così riassunte:

a) Si eviti di operare uno stomaco semplicemente ptosico con o senza dilatazione. Questa regola può subire eccezioni.

b) Il tipico stomaco a sifone di medio grado sarà operato quando non si ottenga alcun beneficio da una cura medica.

c) Il tipico stomaco a sifone di grado elevato con abbondante ristagno dopo 6 ore deve esser operato non appena diagnostico.

4° *Corpi estranei nello stomaco.* — Quando se ne abbia il sospetto occorre praticare un accurato esame radioscopico.

SEBASTIANI.

MEDICINA DI GUERRA.

Le congelazioni in guerra e la loro cura.

(Melchior - *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1914, numero 48).

Le vittime che fa il freddo nelle guerre combattute nella stagione invernale sono di un numero veramente impressionante.

A prescindere dalle malattie di natura reumatica, il clima rigido agisce direttamente sull'organismo mettendo fuori combattimento per lesioni più o meno estese un gran numero di soldati. Sono noti i vuoti fatti dal freddo nella grande armata durante la ritirata di Russia. Nella guerra di Crimea le truppe francesi su un effettivo di 309,000 uomini ebbero 5290 casi di congelazione, il 2 % circa, con 1178 morti. Davanti a Sebastopoli in due sole notti si ebbero 2800 uomini congelati, di cui 900 morti. Un numero enorme di congelazioni si verificarono nella guerra russo-turca del 1877-78. Nella guerra franco-prussiana del '70 l'esercito tedesco ebbe 1014 casi di congelazioni gravi. Non meno numerose furono le vittime del freddo nelle ultime guerre balcaniche.

* * *

Perchè si abbia una congelazione locale non è necessario il congelamento dei tessuti con formazione di ghiaccio. È solo sufficiente l'azione per un certo tempo di un notevole raffreddamento. Poichè la dispersione del calore dall'organismo nelle basse temperature avviene solo per irradiazione, e negli ambienti umidi all'incontro molto più attivamente per conduzione, si comprende facilmente come in guerra il maggior numero delle congelazioni si ha quando la temperatura supera di poco lo zero e l'ambiente è umido, quando i soldati devono stare per lungo tempo con i piedi nel terreno bagnato delle trincee, delle strade o magari nei corsi d'acqua, mentre esse sono meno frequenti quando la temperatura è di poco inferiore allo zero per modo che l'umidità si trasforma in un solido strato di ghiaccio, che ricopre il terreno. Di ciò si è già fatta una ricca esperienza nella guerra di Crimea: nel 1854-55, nel quale si ebbe un inverno freddo ed umido, le congelazioni dei piedi furono in maggior numero che nell'inverno del 1855-56 più rigido, in questo periodo si verificò invece un maggior numero di congelazioni degli orecchi, del naso, delle mani ed anche del pene. Più recentemente un simile fatto si è ripetuto nelle guerre balcaniche; nella campagna di Bosnia furono osservate delle congelazioni ai piedi perfino nei mesi caldi dell'estate in soldati, che dovettero stare per lungo tempo nell'acqua fredda, la cui temperatura tuttavia non era inferiore agli 8 gradi sopra zero.

Contrariamente, a quel che si verifica nelle scottature, nelle congelazioni non esiste sempre un rapporto quantitativo tra causa ed effetti.

La predisposizione individuale ha una grande importanza al riguardo: negli individui con tare organiche si hanno delle notevoli congelazioni in quelle medesime condizioni che sono sopportate senza danno alcuno da individui sani. In tempo di pace le congelazioni si hanno quasi sempre in persone anemiche o denutrite, indebolite da malattie o dall'alcoolismo.

Nella guerra poi la predisposizione ha una parte ancora più notevole; oltre il difetto di nutrizione costituiscono cause predisponenti di primo ordine le malattie esaurienti come il tifo, lo scorbuto, la dissenteria, il colera. Di ciò fu fatta larga esperienza nella guerra di Crimea, nonchè nelle recenti guerre balcaniche. Bisogna però notare che il Welcker va certo troppo oltre comprendendo senz'altro le congelazioni tra i casi di gangrena da colera e da tifo.

Analogamente si spiega il fatto che i feriti negli ospedali da campo mal riscaldati o durante il loro trasporto vanno soggetti alle congelazioni più del personale sano che si trova nelle medesime condizioni. Ciò fu osservato nella guerra di Crimea ed in quella franco-prussiana.

Un elemento non trascurabile è l'assuefazione, come si è visto nelle spedizioni polari, mentre è sempre più pericoloso il freddo improvviso.

Il Billroth fra gli elementi di predisposizione locale annovera le vesti troppo strette che ostacolano la circolazione. Dreyer attribuisce la frequenza della gangrena dei piedi nei soldati turchi nella guerra balcanica all'uso di scarpe a legacci e di fasce alle gambe.

I processi biologici, che conducono alla congelazione, consistono in lesioni dirette dei tessuti prodotte dal freddo, ma anche e specialmente a fatti indiretti in rapporto a disturbi della circolazione del sangue.

* * *

Dal punto di vista clinico a seconda dell'effetto del raffreddamento locale, come nelle scottature, si distinguono 3 gradi di congelazione: 1° la congelazione semplice seguita solo da un arrossamento della cute o da geloni; 2° la formazione di vescicole; 3° la vera gangrena da freddo più o meno diffusa; in quest'ultimo grado di congelazione si possono fare ancora delle distinzioni a seconda che la gangrena colpisce solo la cute o anche i tessuti più profondi.

Una tale distinzione praticamente si potrà fare solo in secondo tempo, poichè gli effetti definitivi dipendono da molteplici circostanze, non escluso il trattamento al quale viene sottoposta la lesione. Bisogna inoltre notare che la formazione di vescicole può tanto essere un sintomo di grave congelazione, come essere anche indipendente dall'azione del freddo. Dal punto di vista pratico è pure quasi senza importanza il decidere, se la gangrena primaria colpisce solo la pelle o anche le parti più profonde.

Quando una parte del corpo è sotto l'azione di un freddo intenso è d'ordinario pallida ed insensibile, dopo un primo periodo di eccitazione dei nervi, che si manifesta con bruciore e punture. Questa insensibilità può essere causa di ulteriori e più gravi danni, poichè gli individui nell'assenza di qualsiasi sensazione sgradevole o dolorosa continuano a mantenere i piedi congelati nel freddo.

Nelle forme più leggere di raffreddamento a questo stadio di vasocostrizione segue un forte arrossamento delle parti periferiche accompagnato da prurito e formicolio. Le estremità degli arti sono spesso tumefatte e specialmente nelle parti con connettivo lasso come al dorso delle mani non raramente si verifica un edema elastico. Questi fatti possono regredire, senza lasciare tracce, ma possono anche condurre alla formazione dei geloni, che quando sono localizzati alle orecchie spesso sono accompagnati da una desquamazione dell'epidermide.

Anche nelle altre parti la pelle facilmente si sgretola formando ragadi, che possono essere il punto di partenza di infiammazioni eresipelatose ostinate, eventualmente anche con carattere flemmonoso.

Quando l'azione dannosa del freddo si ripeta, sui geloni si formano delle ulceri con carattere decisamente torpido, che ricordano le ulceri trofoneurotiche (Duplay, Morate). Si è al riguardo pensato a lesioni dirette dei nervi, tanto più che sia sperimentalmente che clinicamente sono state osservate lesioni dirette dei nervi periferici con paralisi complete in seguito all'azione del freddo. Ma più verisimilmente tali lesioni sono in rapporto ad alterazioni endo-arteritiche, come quelle che furono descritte da Winiwarter come causa della gangrena tardiva prodotta da congelazioni leggere e ripetute. Tra i fattori causali della claudicazione intermittente (disbasia angiosclerotica) l'Erb comprende i pregressi ripetuti « traumi da freddo »; talora questo complesso sintomatico è da considerarsi come un prodromo della gangrena prodotto da otturamento dei vasi.

Nelle forme gravi di congelazione le parti colpite hanno un colorito azzurrognolo, sono edematose, tumide, insensibili.

Spesso si trovano bolle piene di un liquido sieroso-ematico, torbido; quando si rompono, si trova al di sotto la cute imbevuta di sangue Se le estremità cianotiche rimangono fredde anche dopo la opportuna terapia ed al caldo di una camera è segno che si avanza la gangrena, in caso contrario è ancora possibile una restitutio ad integrum.

Un altro criterio prognostico in questo senso è dato secondo Billroth dal contegno della sensibilità: « Se dopo 24 ore dall'avvenuta congelazione la cute è ancora insensibile alle punture profonde, è verosimile che essa non ritornerà più mai ».

Un arrossamento infiammatorio al di qua delle parti più gravemente danneggiate suole indicare in seguito il limite della gangrena. Allora si produce o la mummificazione con la eliminazione spontanea graduale della parte gangrenata, o la gangrena umida. prognosticamente più sfavorevole, la quale in molti casi non è altro che un flemmone gangrenoso e come tale specialmente nel periodo preantissettico spesso conduceva ad esito letale per piemia. In queste condizioni è stato frequentemente osservato anche il tetano. Le ulceri duodenali che sono state precedentemente descritte (Adams, Foerster) come conseguenze di congelazione appartengono alla categoria delle così dette ulceri settiche del duodeno.

In tempo di guerra, lo abbiamo già detto, la localizzazione delle congelazioni varia a seconda che si tratti di un freddo secco o umido, in quest'ultimo caso le congelazioni colpiscono prevalentemente i piedi. In tempo di pace le forme leggere si hanno in prevalenza alle mani di quegli operai (lavandaie, macellai, marinai, ecc.) che sono per ragione del loro lavoro per molto tempo a contatto con l'acqua.

Nei freddi forti in guerra sono anche colpiti le orecchie, il naso, le mani. Ai piedi il grosso ed il piccolo dito per la loro situazione anatomica sono i più soggetti alle congelazioni.

In guerra ha molta importanza la profilassi delle congelazioni. I principali elementi per evitare queste lesioni sono le vesti calde, ampie, la possibilità di ricambiarle quando siano bagnate, ed infine l'alimentazione abbondante. Tenuta presente la predisposizione causata dalle malattie infettive, la igiene generale ha importanza anche per la prevenzione delle congelazioni.

Quando la congelazione è già avvenuta, bisogna tener presente che un riscaldamento brusco è dannoso. Il riscaldamento deve essere gra-

duale e progressivo. Un rimedio empirico, ma del resto efficace, è quello di fregare con la neve le parti congelate. Poi queste si possono avvolgere in cotone, per modo che la temperatura sale a poco a poco sotto l'influenza del calore del letto; non bisogna mai usare bottiglie piene d'acqua calda e simili.

L'affermazione che gli arti e le altre parti periferiche del corpo per effetto della congelazione assumono una fragilità come quella del vetro non è stata confermata dalle esperienze eseguite dall'A. È più verisimile che i distacchi delle parti congelate dipendano dalla gangrena delle parti stesse dopo che si è già prodotta la demarcazione.

Un altro compito terapeutico riguarda la stasi cianotica. Questa costituisce un notevole fattore nella determinazione della necrosi finale, in quanto che quanto più essa dura, tanto più riesce difficile ristabilire la nutrizione arteriosa dei tessuti colpiti. Il procedimento più efficace per la cura della stasi è quello della sospensione proposta da Bergmann: l'arto tumefatto e cianotico viene fissato, senza costringerlo, ad una ferula e tenuto sospeso per quanto più è possibile verticalmente. I risultati che spesso se ne ottengono, secondo numerose esperienze, sono sorprendenti: le estremità cianotiche, edematose si decongestionano e compare un arrossamento, segno della ristabilita circolazione. È sicuro che con questo metodo furono spesso salvati in tutto o in parte degli arti che altrimenti sarebbero andati perduti. In altri casi quando dagli arti freddi e nerastri ad ogni piccola puntura fuoriesce del sangue oscuro giovano le incisioni, secondo il metodo proposta da Noesske.

Quando per una ragione qualsiasi non si riesce a salvare l'arto congelato dalla gangrena, bisogna far di tutto perchè questa sia secca. Bisogna quindi favorire l'essiccazione dei tessuti, favorendo la fuoriuscita dei liquidi. Ciò si ottiene, come consigliano Stromeyer e Billroth, asportando precocemente ed ampiamente l'epidermide, il che riesce molto agevole quando la gangrena è già incominciata.

A ciò bisogna aggiungere l'applicazione di sostanze asciutte e assorbenti, come polveri secche (dermatolo) o alcool assoluto: quando vi sia molto fetore giova l'uso del carbone minerale finemente polverizzato. Un ottimo essiccante è costituito dall'aria calda che si può far giungere all'arto leso attraverso un tubo fortemente riscaldato. L'aria calda ha anche il vantaggio di favorire i processi infiammatorî che conducono alla demarcazione e di favorire altresì la formazione di granulazioni nelle parti conservate.

Le amputazioni precoci devono essere esclusivamente riservate ai casi nei quali, malgrado ogni trattamento, la gangrena rimane umida, o assume il carattere di un flemmone progressivo che direttamente o indirettamente per una infezione generale può costituire un pericolo per la vita. In tutti gli altri casi si deve, possibilmente, attendere la demarcazione e l'eliminazione per lo meno delle parti molli.

Le singole falangi devono essere disarticolate, le parti ossee sporgenti asportate con la tenaglia di Luer. Con questo sistema di aspettativa si ha il vantaggio di mutilazioni minori di quelle che si avrebbero con l'intervento precoce.

Per quel che riguarda il trattamento delle congelazioni che non conducono a necrosi è sufficiente l'applicazione dei principî generali della terapia; giova l'applicazione di quei medicamenti che si usano nelle malattie della cute dei piedi e dipendenti dalle fatiche della marcia: riposo, unguenti, fasciatura.

DRAGOTTI.

Trattamento delle congelazioni secondo il metodo biocinetico del dott. Jacquet.

(*Presse méd.*, 21 genn. u. s. Comunicazione del dott. COURCOUX).

Il principio preconizzato dal dott. Jacquet, e messo in pratica con ottimo risultato sui soldati francesi affetti da congelazioni delle estremità inferiori dall'A., consiste nella *mobilizzazione attiva* e nella *elevazione forzata* delle estremità colpite. Il membro congelato viene da prima lavato, con ogni cura, con soluzione saponosa tiepida, poi asciugato ed unto con un miscuglio di glicerina ed alcool, a parti uguali, con aggiunta di 5 % di formolo.

L'epidermide resta ammorbidita e disinfettata da tal lozione ripetuta mattina e sera e le screpolature, atrio frequente di infezioni, vengono evitate.

Gli spazî interdigitali sono nettati con cura speciale e poi le singole dita dei piedi vengon separate l'una dall'altra e ricoperte di compresse sterili.

In seguito gli arti inferiori son fatti sollevare ed in tal modo mantenuti con dei mezzi assai semplici ad improvvisarsi, in maniera che i piedi si trovino più in alto che sia possibile, rispetto al piano del letto.

Si comincia allora ad insegnare al ferito la ginnastica dei varî movimenti attivi che egli dovrà eseguire con gli arti lesi, movimenti che, allorchè il paziente ha constatato che non provocano dolore, divengono progressivamente sempre più rapidi.

Da principio vi è infatti gran difficoltà, anche nei movimenti più limitati e semplici e da que-

sti appunto occorre iniziare la cura, limitandosi a far flettere ed estendere il piede, a farlo addurre ed abdurre, ed a far poi combinare fra loro queste varie azioni.

In seguito, quando le articolazioni diventan più mobili, si cerca anche di far muovere le dita del piede facendo progressivamente aumentare l'ampiezza e la forza di queste flessioni e deflessioni digitali.

Questo auto-massaggio dovrà durare almeno cinque minuti ed esser ripetuto di frequente, otto o dieci volte al giorno. I buoni risultati, a quanto afferma l'O., non si fanno attendere. Cessano le crisi dolorose, così frequenti nelle lesioni da congelazione; gli edemi diminuiscono e scompaiono pure in capo a due o tre giorni; in breve il paziente può cominciare a far qualche passo e ciò pure è di grande aiuto alla pronta guarigione.

Oltre tutti i vantaggi presentati da questo sistema di cura, così semplice, e che non esclude del resto altre pratiche medicamentose, l'A. osserva che esso ha quello morale, molto apprezzabile, di occupare l'attenzione del ferito e di renderlo, per così dire, l'artefice della propria guarigione.

G. MENDES.

FISIOPATOLOGIA.

L'azione degli zuccheri sulle secrezioni.

(D. LO MONACO. *Arch. di Farmac. spec. e Sc. aff.*, Vol. XVII, 1914).

Mentre la letteratura è piuttosto ricca di lavori che riguardano l'azione fisiologica generale degli zuccheri, nessuno studio completo è stato finora eseguito sull'influenza degli zuccheri sulle varie secrezioni. È noto soltanto che essi producono diuresi, e la somministrazione per bocca di quantità abbastanza alte di lattosio a questo scopo è di uso comune. Pertanto l'A. si è proposto di colmare la lacuna.

Per suo consiglio il laureando Sterbini studiò l'influenza dei varî zuccheri in riguardo alla quantità di lattosio nel latte, e osservò che le iniezioni sottocutanee di forti soluzioni di zuccheri diminuiscono la secrezione lattea. L'A. fece successivamente proseguire queste ricerche dal Piantoni, il quale, mediante una serie completa di esperienze, pervenne alla conclusione, che gli idrati di carbonio, iniettati a piccole dosi, aumentano la secrezione lattea, senza apportare modificazioni nella quantità centesimale dei principali componenti organici (lattosio, caseinogeno, grasso); che a dose elevata invece diminuiscono la quantità del latte e la percentuale del lattosio, mentre aumentano quella del grasso, e la quantità dell'urina; e che infine somministrati a dose elevata per un lungo periodo, la diminuzione si accentua fortemente, senza che però mai si sopprima del tutto la secrezione.

Questi studî lasciavano intravedere la possibilità di utilizzarli nella pratica medica. In pratica infatti si possono presentare due diversi problemi: si può voler favorire la produzione del latte, e ciò tanto nella donna quanto negli animali, e si può voler favorire anche la scomparsa della secrezione, allo scopo di poter meglio attuare la svezzamento del bambino. Conseguentemente divenne desiderio dell'A. quello di compiere gli studî relativi sia nella donna che nei grossi animali.

Le ricerche sulla donna furono dall'A. affidate a U. Sammartino, cui fu dato di eseguirle sulle ricoverate nella Clinica ostetrica di Roma. Sperimentando su 23 donne, in cui sarebbe stato utile per vario motivo interrompere l'allattamento, con iniezioni di dosi forti di idrati di carbonio si riuscì a diminuire la secrezione lattea e talora anche a sospenderla, senza che si osservassero il dolore e il turgore delle mammelle, che, nei casi in cui si cerca di interrompere l'allattamento, sogliono presentarsi. Con altre esperienze si volle stabilire l'azione di piccole dosi di idrati di carbonio (1 gr. circa di saccarosio per ogni 45 Kgr. di peso del corpo) sulla funzione delle glandole mammarie, sia nel periodo antecedente al parto (appena manifestata la secrezione del colostro), sia al principio del puerperio e sia ad allattamento inoltrato, in diverse condizioni di vita dei soggetti, e con varia tecnica sperimentale: il risultato fu nettamente positivo, nel senso che le piccole dosi di idrati di carbonio giovano al affrettare la comparsa della secrezione lattea, e ad aumentare la quantità del secreto. Anche iniettando piccole dosi di idrati di carbonio in donne, in cui le glandole mammarie erano in riposo da molto tempo o non avevano mai funzionato, si provocò turgore unito a senso di dolore e di peso delle glandole stesse.

Con queste indagini, le quali confermavano quelle precedenti del Piantoni, l'azione degli idrati di carbonio sulla secrezione del latte passava nel campo pratico. Le iniezioni sottocutanee di saccarosio in soluzione di 100% possono essere consigliate vantaggiosamente o nei casi in cui è indicato interrompere l'allattamento (iniezione di forti dosi), o nei casi in cui si vuole aumentare la produzione del latte (iniezioni di piccole dosi). La cura, anche se continuata per parecchi mesi, non dà inconvenienti. Le iniezioni sottocutanee o endovenose, anche di dosi forti, non danno mai disturbi. Comunque giova tener conto dello stato funzionale dei reni.

Sempre per consiglio dell'A., G. Cuzzi studiò le modificazioni che subisce istologicamente la glandola mammaria di cagne, assoggettate alla azione prolungata e continua di piccole e grandi dosi di idrati di carbonio. I risultati sono stati evidentissimi colle grandi dosi, per cui si trovò una netta proliferazione connettivale, che rimpiccioliva il tessuto glandolare, le cui cellule erano ridotte di numero e di grandezza; invece per le piccole dosi i risultati non sono stati evidenti.

Ricerche istituite, con piccole e grandi dosi di saccarosio, su una mucca, diedero pure risultati, che concordano coi precedenti.

È opinione dell'A., fondata su varie osservazioni personali e dei suoi allievi, che gli idrati di carbonio debbano riguardarsi come stimoli specifici della glandola mammaria, e che la loro azione debba esplicarsi sull'acino glandolare.

L'azione degl'idrati di carbonio sulla secrezione lattea lasciava scorgere la possibilità che la medesima azione potesse esercitarsi su altre secrezioni. L'A. ha cercato quindi di studiarne il numero maggiore possibile, e riferisce i risultati ottenuti.

Conclusioni esatte e precise non permettono di trarre ancora le esperienze dirette a stabilire gli effetti che le iniezioni di saccarosio hanno sulla secrezione spermatica, sui fenomeni posteriori alla tiroidectomia e sulla glicosuria florizinica.

Per ciò che riguarda la secrezione salivare (studiata su cani con fistola della sottomascellare), l'iniezione endovenosa di 4-12 gr. di saccarosio la diminuisce sensibilmente, anche quando la glandola è sotto l'azione della pilocarpina; iniettando quest'ultima, quando la glandola è sotto l'azione delle dosi precedenti di saccarosio, essa non riuscì a produrre il solito aumento del secreto. Piccole dosi di saccarosio non riescono a ripristinare la secrezione annullata dall'atropina.

Anche per la secrezione pancreatica (che fu studiata su un cane con fistola alla Pawlow), si ottennero risultati analoghi; si osservarono cioè i due effetti opposti, quello dell'aumento e quello della diminuzione del secreto, a seconda che si iniettarono piccole o grandi dosi. La diminuzione si ottenne anche somministrando la soluzione di saccarosio (circa 60 gr. di saccarosio in 150 cmc. di acqua) all'animale per bocca.

Fu rivolta pure l'attenzione alla secrezione intestinale, profittando di un cane portatore di un'ansa alla Vella. La soluzione di saccarosio, iniettata sottocute in piccole dosi, non riesce ad aumentare la secrezione come avviene per le altre studiate; però le dosi alte hanno anche qui una azione inibitrice. L'iniezione di dosi di saccarosio fino a 5 gr. direttamente nell'ansa intestinale determina un marcato aumento.

Ma la secrezione che maggiormente ha interessato l'A. dopo quella mammaria, è stata quella renale. Le esperienze sono state dall'A. eseguite nei conigli e nei cani; e poichè la funzione renale ha grande importanza nel decorso del diabete, così L'A. ha anche voluto sperimentare su cani spancreati e sottoposti a iniezioni continue di forti dosi di saccarosio. I risultati meritano di essere presi in considerazione anche dai clinici.

Anzitutto l'A. ha potuto accertare, che non sempre, come finora si è creduto gl'idrati di carbonio producono poliuria. Essi la producono, è vero, ma solo quando le dosi ingerite o iniettate non superano un certo limite, al di là del quale invece producono una diminuzione della secrezione.

Inoltre l'A. ha potuto osservare che le dosi non molto elevate di saccarosio, iniettate durante parecchi mesi successivi a un cane, non producono alcun disturbo nella salute dell'animale, dànno saccarosuria limitata a circa 24 ore dopo l'iniezione, sono utilizzate dall'animale, il quale in un primo periodo ne brucia meno che nei periodi inoltrati, e infine diminuiscono fortemente a lungo andare la secrezione urinaria.

Dopo di ciò s'imponeva naturalmente di ricercare un'eventuale conferma di questi fatti nel diabete sperimentale.

In cani spancreati l'A., appena si manifestava la glicosuria, iniettava sotto cute 10-20 gr. di saccarosio, dosando nell'urina di ogni giorno la quantità di glicosio eliminata, prima e dopo averla idrolizzata. Si osservò che complessivamente le iniezioni di saccarosio nei cani spancreati inducono importanti cambiamenti nel decorso del diabete: in primo luogo la sopravvivenza è più lunga, e i sintomi nervosi presentansi attenuati o del tutto assenti; inoltre diminuiscono tanto la quantità di urina quanto quella del glicosio eliminato.

Difficile è chiarire quale possa essere il meccanismo di azione degl'idrati di carbonio nel diabete pancreatico. Essendo state impiegate solo le alte dosi di saccarosio, il fenomeno della diminuzione dell'urina si può spiegare in base ai risultati delle esperienze precedenti. Ma per ciò che concerne la diminuzione della glicosuria, bisogna ricorrere a delle ipotesi. Essa potrebbe infatti essere una conseguenza della diminuzione dell'urina, qualora questa avesse un rapporto diretto con il glicosio eliminato; oppure potrebbe dipendere da un meccanismo speciale, quale sarebbe quello dell'azione contemporanea degl'idrati di carbonio sia sull'elemento renale, sia su quell'altro finora non definito, il quale non regola più il congegno che riesce a impedire la glicosuria nello stato normale.

È noto che l'iperglicerina e la glicosuria nel primo periodo del diabete umano possono essere inibite quasi sempre dalla dieta esclusivamente carnea; mentre ciò non avviene nei casi di diabete avanzato e grave, nell'uomo e anche negli animali.

Secondo l'A. la sospensione della glicosuria, talora seguìta da lunghe pause di guarigione, sarebbe dovuta non tanto alla contemporanea assenza degl'idrati di carbonio, che si trovano in piccola quantità nella carne e da essa possono formarsi, quanto dall'ingestione dell'alimento « carne », o meglio dai suoi prodotti di digestione, i quali, venendo nell'unità di tempo riccamente assorbiti, riuscirebbero a sospendere più o meno completamente il decorso della malattia, a seconda che trovano l'elemento che produce la glicosuria più o meno leso.

L'assenza degl'idrati di carbonio non farebbe che aumentare la prevalenza delle sostanze proteiche nei liquidi dell'organismo, e questa prevalenza conferirebbe ad esse proprietà stimolanti che mancano colle diete miste, quando il rapporto tra le sostanze proteiche e gl'idrati di carbonio è più basso. L'elemento organico che subisce l'influenza della maggior quantità di albumine circolanti può essere tanto quello che segrega maggior glicosio del normale, che quell'altro il quale ne impedisce la combustione.

Pel saccarosio e per tutti gli altri zuccheri introdotti nell'organismo *sottocutaneamente*, si potrebbe ammettere un'azione simile a quella sostenuta per la dieta carnea, quando non agissero indirettamente diminuendo la secrezione renale.

Non bisogna però mai dimenticare, che condizione necessaria perchè gli zuccheri agiscano è sempre quella, che per il loro assorbimento si eviti che passino pel circolo entero-epatico, percorrendo il quale essi si trasformano in polisaccaridi, che non esplicano alcuna azione sulle secrezioni. Questo inconveniente non esiste per le sostanze proteiche, le quali, assorbite dai linfatici, si versano subito, nel grande circolo.

G. A.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Avvelenamento da acido borico

per il dott. L. VERNEY.

La grande tolleranza che i tessuti dimostrano verso l'acido borico ha portato ad estendere sempre di più le applicazioni di questo rimedio.

Da tempo se ne fa un uso corrente in oculistica. Viene utilizzato largamente per la toelette femminile: se ne apprezza l'azione deodrante e se ne ricerca quella anticoncezionale. È stato molto adoperato per il lavaggio della vescica, dello stomaco, dell'intestino, del cavo peritoneale, di vaste cavità purulente, ecc.

Ma purtroppo si sono dovuti registrare parecchi accidenti gravi e persino letali in seguito all'abuso di acido borico (in specie per enteroclisi, per medicature vaginali, per il trattamento di ascessi, ecc.). Dapprima essi vennero attribuiti ad impurità; poi venne accertato che debbono ascriversi al rimedio in sè, il quale, malgrado la sua mitezza, non è esente da azioni tossiche.

Vengono colpiti tutti gli organi attraverso i quali si compie l'eliminazione.

Questa segue in massima parte le vie urinarie, onde insorgono dolori lombari, pollachiuria, stranguria, albuminuria.

In parte l'eliminazione ha luogo attraverso il tubo gastro-enterico; onde, qualunque sia stata la via d'ingresso, si producono nausee, vomiti, sensazione di pienezza all'epigastrio, dolori epigastrici e addominali, le feci si fanno poltacee o diarroiche, ecc.; si manifesta anche ptialismo, la lingua diviene patinosa, si avverte difficoltà ad inghiottire, ecc.

I disturbi gastro-enterici sono più rapidi e gravi se l'avvelenamento si è prodotto per la via orale o per quella rettale (lavaggio dello stomaco, enteroclisi). Essi sono stati ascritti all'azione inibente dell'acido borico sulle diastasi digerenti e sui processi assimilativi; ma interviene certo anche un'azione irritante diretta sulla mucosa gastro-enterica.

In piccola parte l'acido borico si elimina attraverso la cute. Questa diviene leggermente tumefatta e nella maggioranza dei casi vi appaiono eruzioni eritematose, papulose, eczematose, ecc. che alle volte si avvicendano in uno stesso avvelenamento e che possono cambiare da un avvelenamento ad uno successivo.

Infine l'eliminazione si produce anche attraverso la mucosa nasale, ove possono prodursi fatti irritativi; si compie con il latte; ecc.

I fenomeni generali d'intossicazione interessano in specie il sistema nervoso; consistono in depressione psichica, debolezza muscolare, indebolimento del cuore e del polso, cefalalgia violenta, parestesie varie (sensazioni di freddo, di caldo, formicolii), disturbi della vista d'origine centrale (indebolimento, offuscamento, diplopia, allucinazioni; in qualche caso gli avvelenati non riconoscono più le persone), disturbi del linguaggio (in un caso perdurarono per una settimana). Spesso si ha elevazione termica, altre volte abbassamento alla temperatura.

Nei casi gravi si determina prostrazione profonda, vomito infrenabile, dispnea, oliguria, incontinenza di feci e di urine, sonnolenza, deli-

rio, singhiozzo, collasso. Un'azione elettiva si rende manifesta sulle emazie, le quali si alterano e conglutinano, onde insorgono ematemesi ed ematuria e si determinano emorragie capillari nelle mucose, nelle sierose e nella cute. Caratteristica dei casi gravi è anche la caduta dei capelli.

All'autopsia non si trova nulla di caratteristico; v'è degenerazione grassa del fegato e dei reni, vi sono ecchimosi nella mucosa dello stomaco, dell'intestino, sub-pericardiali, erosioni gastriche, ecc.

L'avvelenamento cronico si distingue per la tenacia dei sintomi, i quali consistono in disturbi digerenti, fatti d'irritazione renale, eruzioni cutanee che ora sono tenui e somigliano a psoriasi, ora sono intense e possono ricordare l'eresipela.

A parità di altre condizioni se il rene funziona male i sintomi sono imponenti: in particolare l'eruzione cutanea è più costante e più pronunziata.

Non molto dissimile da quello descritto è l'avvelenamento da borace (usato a scopo abortivo per via interna).

Ci è occorso di osservare un caso di avvelenamento da acido borico.

Signora trentaseenne, di costituzione robusta. Soffre di stitichezza abituale. Va soggetta a malesseri permanenti mal definiti, in specie della sfera gastro-intestinale e di quella genitale, che si esacerbano ad intervalli (nei catameni, dopo disordini dietetici). Sono stati variamente diagnosticati (1).

Da anni ha contratto l'abitudine di usare la soluzione borica sia per enteroclisi che per irrigazioni vaginali, sovratutto prima e dopo le mestruazioni, affine di esercitare un'azione « rinfrescante » e di calmare le gravi sofferenze cui queste si accompagnano.

Avendo praticato per due o tre giorni consecutivi delle irrigazioni vaginali boriche e trattenuto durante un'intera notte un'enteroclisi (in quantità non bene precisata) di soluzione borica satura, ha presentato: nel corso della notte insonnia tenace, soprassalti, dolori addominali sempre più intensi; nei due giorni successivi *facies* d'avvelenamento, profonda prostrazione mentale e muscolare, cefalalgia violenta, senso di tensione ipogastrica, dolori viscerali intensi, diarrea mucosa con eliminazione di pseudo-membrane, forte meteorismo, anoressia che contrastava con l'appetito abituale della paziente, dolori lombari, pollachiuria, polidipsia; la cute appariva leggermente edematizzata.

Man mano che questi sintomi andarono attenuandosi, apparvero alcuni bottoni acneiformi al dorso e sul petto.

Solo due giorni dopo l'insorgenza dei sintomi un anamnestico insistente mise in rilievo l'uso dell'acido borico cui la paziente non attribuiva importanza. Albuminuria assente.

Cura consigliata: bevande copiose, dieta lattea, applicazioni calde al ventre ed alla regione renale.

La paziente si rimette bene. Scompaiono completamente i tenaci disturbi della sfera genitale, che ne facevano un'invalida. Persistono lievi disturbi gastro-intestinali riconducibili a simpaticotonismo e che si emendano con una cura idonea (massaggio addominale, attività fisica moderata e regolare, vita psichica tranquilla). La guarigione si mantiene da oltre quattro mesi.

La possibilità di questi fatti deve rendere riservati nell'uso dell'acido borico e sconsigliarne l'uso tutte le volte che si può temere un copioso riassorbimento del malfido rimedio.

(1) Dismenorrea essenziale, endometrite, retrodeviazione uterina, erosione cervicale, nevrosi gastrica, ipocloridria, nefrite incipiente....

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

GEDAMER, HERZ e GAEBEL. *Chemischen Toxicologie*, 1909.
KOBERT. *Intoxikationen*, 1906.
LEVIN. *Traité de Toxicologie*, 1903.
LEVIN. *Die Nebenwirkungen der Arzneimittel*, 1899.
GAGLIO. *Farmacologia e Terapia*, 1914.
POUCHET. *Précis de Pharmacologie*, 1907.
CUSHNY. *Textbook of Pharmacologie and Therapeutics*, 1899.
WHITE. *Textbook of Pharmacologie and Therapeutics*, 1906.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medica-Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni di interesse pratico e scientifico.

G. FORNI (assistente all'Istituto di anatomia patologica). *Osservazioni sopra cento tumori.* — Riassume un suo studio macroscopico ed istologico, pubblicato a parte, sopra cento tumori raccolti durante un anno di assistentato chirurgico nella prima sezione dell'Ospedale Maggiore diretta dal prof. Nigrisoli.

La maggior parte di essi sono stati prelevati mediante atto operativo, pochi sono stati asportati all'autopsia, sia quando l'intervento non potè essere che esplorativo o palliativo, sia quando i malati vennero a morte non avendo subìto intervento alcuno. È ovvio che non avendo fatto selezioni, alcuni dei casi osservati non presentarono particolare interesse, parecchi invece si rivelarono per tumori non certo frequenti e comuni e la loro descrizione potrà servire ad aumentare la casistica. Così furono studiati un sarcoma del tenue, tre ipernefromi, un'endotelioma della mammella, un cistoadenoma pa-

pillifero della tiroide ed un lipoma retroperitoneale in una bambina di 3 anni di gr. 1200.

Tali numerose indagini sono corredate dai dati anamnestici e riguardanti il decorso, la durata e la sintomatologia di ogni singola affezione per ciò che possono essere utili al lettore e per rendere completo il quadro anatomico.

G. ROCCHI (assistente alla R. Clinica chirurgica). *La tensione superficiale del sangue nell'occlusione intestinale sperimentale.* — In otto esperienze su cani trova che la tensione superficiale del siero non subisce modificazioni notevoli, subisce invece un notevole aumento quella del sangue *in toto*. Ciò forse in seguito alla perdita di liquido da parte del sangue, secondo il concetto di Braun e Boruttau (1908).

A. MONTANARI (assistente alla R. Clinica chirurgica). *La stenosi sperimentale dell'arteria polmonare.* — Ha voluto portare colle sue esperienze un contributo allo studio del rapporto esistente fra l'iperglobulia e i vizî congeniti del cuore. Mentre conclude che è possibile il riprodurre sperimentalmente nel coniglio la stenosi dell'arteria polmonare, anche di grado notevole, mostra che le sue ricerche negano che vi sia un rapporto di causa ed effetto fra stenosi dell'arteria polmonare e iperglobulia, e che quindi diminuiscono notevolmente il valore di tutte quelle dottrine che su tal rapporto si fondano per spiegare l'esistenza di detta iperglobulia.

S. SALAGHI (professore incaricato di terapia fisica). *Sullo smorzamento dei suoni di differente altezza.* — Riferisce di sue esperienze fatte col suo nuovo sonometro per lo studio di fenomeni acustici (*Gazz. Osped. e Clin.*, 1914, n. 132).

E. GIACOMINI (direttore dell'Istituto di anatomia comparata). *Presentazione di larve di Rana e di Hyla trattate con alcuni preparati di ghiandola tiroide e con jodotirina.*

O. CANTELLI (libero docente di patologia medica). *Di alcune altre ricerche sperimentali sull'indacano.*

GUIDO M. PICCININI.

Società medica di Parma.

Sedute del 27 novembre e del 19 dicembre 1914.

P. LASAGNA. *Il coaguleu Kocher Fonio nella pratica otorinoiatrica.*

ALDO MARZIANI. *Sulla etiologia della psoriasi.* — Dopo una critica ai lavori pubblicati da alcuni autori i quali ritengono la psoriasi come sintomo cutaneo di affezioni costituzionali batteriche, l'A. riporta il risultato delle osservazioni da lui fatte su 36 ammalati di psoriasi. In alcuni ammalati riscontrò precedenti tubercolari ereditari — mai affezioni tubercolari in atto in altri argoni — negli altri l'interrogatorio e l'esame obbiettivo generale per ciò che riguarda la tubercolosi riuscì negativo e di questi ammalati soltanto uno reagì all'iniezione di tubercolina con elevazione termica (38.5) : il questo caso vide le efflorescenze farsi lievemente più arrossate ed edematose — ma non una propria e vera reazione locale. Ebbe sempre esito negativo nella ricerca del bacillo tubercolare e dei granuli di Much nel tessuto patologico — come pure furono negative le inoculazioni negli animali di frammenti di tessuto stesso. Egli ritiene che fra tubercolosi e psoriasi vi sia soltanto una pura coincidenza. La sierodiagnosi del Wassermann per la sifilide fu positiva solo in 6 ammalati i quali tutti avevano concomitante alla psoriasi manifestazioni cutanee di natura sifilitica — in quegli ammalati in cui l'anamnesi era muta per la sifilide ottenne sempre reazione negativa.

In 4 ammalati l'infezione sifilitica aveva preceduto la comparsa di manifestazioni psoriasiche — negli altri 2 al momento della comparsa della sifilide esistevano già sull'ambito cutaneo efflorescenze di psoriasi più o meno diffuse. Presenta fotografie per dimostrare la forma ibrida che assume la malattia in questi casi. L'A. conclude che la tubercolosi e la sifilide non hanno parte alcuna nella etiologia della psoriasi e che la sifilide è capace di modificare l'obbiettività clinica delle efflorescenze psoriasiche.

M. COPELLI.

Pubblicazione di palpitante attualità:

Dott. G. MENDES
Capitano Medico del 2° Reggimento Granatieri
Già Aiuto negli Ospedali di Roma

Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra

Elegantissimo volume tascabile di circa 300 pagine, con 20 figure intercalate nel testo e 1 tavola a colori (vedere Prefazione e Sommario del libro, sul foglietto rosso unito al Fasc. 8 di Sezione Pratica).

PREZZO L. 5.

Questo interessante libro che l'egregio nostro collaboratore ha cortesemente aderito di compilare pei lettori del POLICLINICO, e che nell'attuale momento acquista un'importanza tutta speciale, sarà da noi spedito immediatamente quale

PREMIO STRAORDINARIO

a tutti quei nostri associati che aggiungeranno sole

LIRE 2

all'importo del loro abbonamento per il 1915 e che lo invieranno con cartolina vaglia **non oltre il 31 marzo, termine improrogabile.** Resta sempre in vigore il diritto al premio **gratuito:** *Manuale di Otorinolaringoiatria*, che sarà spedito appena pronto.

Gli abbonati che hanno già pagato l' abbonamento potranno avere il *Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra* allo stesso prezzo ridotto, inviando, entro il termine suddetto, cartolina vaglia da **L. 2** al **Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46, ROMA.**

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La forma nevralgica dell'angina di petto.

La nozione che vi possono essere dei rapporti fra l'angina di petto e l'iperestesia cutanea ha gran valore nella determinazione dell'etiologia delle affezioni dolorose del cuore. Le zone di cute, in cui si hanno sensazioni dolorifiche spontanee, sono iperestetiche alla palpazione.

Il dolore della regione cardiaca nell'angina di petto si irradia alla periferia, perchè il cuore, costretto ad uno sforzo insolito, produce attraverso le sue fibre nervose afferenti uno stato di ipereccitabilità permanente nei segmenti spinali corrispondenti, cioè tra il settimo segmento cervicale ed il quarto dorsale. Questa ipereccitabilità può influenzare i centri spinali vicini, come è dimostrato dall'iperestesia o dolore nelle zone di distribuzione delle vie sensorie in rapporto coi centri nervosi, cioè nel lato sinistro del collo e del torace, nella spalla e nel braccio dello stesso lato. Ciò è descritto dal Mackenzie come un riflesso viscero-sensorio.

Ma l'aumentata eccitabilità dei centri spinali può interessare anche i nuclei motori vicini, col risultato che i muscoli innervati da questi, per esempio i muscoli intercostali e pettorali, si contraggono spasmodicamente, e si ha allora un senso di costrizione del petto. Ciò risponde al riflesso viscero-motore del Mackenzie.

La conoscenza di questi fatti ci rende quasi obiettivo l'esame del dolore cardiaco nella osservazione dell'iperestesia cutanea e muscolare, nell'aumentata tensione muscolare fino allo stato di spasmo.

L'A. osserva che in certi casi di dolore cardiaco si può osservare alla palpazione della regione malata un'alterazione della pelle e dei muscoli. Questi casi si hanno nell'età media e nell'adulta. Il sintoma subiettivo predominante è il dolore della regione cardiaca, che, pur variando d'intensità, scompare nel riposo e perciò di solito la notte. Eccezionalmente però, e forse per effetto della paura e dell'autosuggestione, i pazienti svegliandosi accusano il dolore, ed in alcuni casi peggiorano durante la notte.

Il dolore è lancinante o gravativo, a volte ha forma di costrizione al torace. È localizzato lungo gli spazi intercostali fino alle vertebre, all'epigastrio, nella regione delle spalle, lateralmente al collo, nella nuca, nella regione della clavicola e della mandibola. Si irradia alla spalla, al braccio ed al gomito, e non di rado alle punte delle dita, dove somiglia ad un pizzicore. Spesso appare anche nel lato destro del torace, ed allora esso è a cintura. Si aggrava nei movimenti, e può diventare così intenso da costringere il paziente a fermarsi per 10-15 minuti.

La tosse o l'inspirazione profonda può pure accentuarlo; perciò il respiro spesso è superficiale, benchè non vi sia mai dispnea neanche nell'acme dell'accesso. Son frequenti le parestesie, come il formicolio alle membra, e il vellichio al faringe ed al laringe. I pazienti spesso accusano senso di caldo e di freddo, vertigini, ronzio, dolori all'orecchio ed all'occipite. Le condizioni generali non sono soddisfacenti: un senso di stanchezza e di debolezza non manca quasi mai.

Durante l'accesso, vi ha congestione del viso ed un'espressione di ansia: non v'ha mai pallore o cianosi.

Di solito le seguenti regioni sono dolenti: la linea mediana dello sterno, gli attacchi condro-sternali, alcuni punti negli spazi intercostali di sinistra, la superficie anteriore del torace fra la seconda e la sesta costola, la clavicola, l'ascella, il margine inferiore del gran pettorale e il margine ascellare del gran dorsale, lo sternomastoideo, il trapezio, l'epigastrio, ecc. ecc.

L'esame del cuore non rivela nessuna lesione organica, nessuna alterazione funzionale.

Gli attacchi di dolore si hanno 10-20 volte all'anno, e durano da 5 minuti a 2 ore.

I pazienti dopo l'attacco possono riprendere le loro occupazioni fino all'attacco successivo. Evitando ogni sforzo, gli attacchi si susseguono meno frequentemente. Essi però, per quanto frequenti, non alterano mai lo stato di salute: l'A. non ha mai osservato un caso fatale. Nella fatica, l'attacco insorge o si accentua.

L'iniziarsi graduale di questi attacchi contrasta coll'inizio repentino degli attacchi dell'angina di petto genuina, dalla quale questa forma differisce anche perchè per lo più si osserva durante il giorno.

Durante l'attacco, spesso la faccia si arrossa e si gonfia, ed il paziente si agita nel letto. Nell'angina vera la faccia si fa pallida o cianotica, ha l'aspetto dell'angoscia, ed ogni movimento è evitato per non aumentare il dolore. Nella forma nevralgica il respiro può essere superficiale, non mai dispnoico.

Nell'angina vera il polso è piccolo, molle, irregolare, ed i toni cardiaci sono deboli e talvolta quasi assenti. Nella forma nevralgica i toni sono forti, la pressione del sangue è aumen-

tata, il polso è pieno e regolare, benchè frequente. Si può pensare alla tachicardia parossistica, ma questa è esclusa per l'intensità del dolore.

La caratteristica principale dell'angina nevralgica è la presenza di speciali alterazioni della pelle e dei muscoli nelle regioni dolenti. La pelle si palpa granulosa, a noduli più grandi o più piccoli, e dà un senso di crepitazione. Talvolta negli strati più profondi della pelle si palpano noduli di varia grandezza, da quella di un chicco di grano a quella di una lente o di un pisello. Essi sono più o meno numerosi e variamente raggruppati. Nel tronco e vicino all'ascella si palpano nodi a caratteri mal definiti. Sullo sterno si possono osservare infiltrazioni circoscritte che somigliano a raccolte d'essudati. Tutte queste formazioni sono estremamente dolenti. Esse sono più numerose nelle regioni dove il dolore accessuale è più intenso. L'aumento del dolore durante i movimenti muscolari si spiega per la compressione di questi noduli e per l'irritazione dei nervi in rapporto con essi.

L'aumentata frequenza del polso è di origine riflessa. In questa forma nevralgica i riflessi seguono le stesse vie di trasmissione, ma in direzione opposta: dai nervi terminali periferici irritati, attraverso i centri nervosi dell'asse spinale, ai nervi simpatici del cuore, producendo così la tachicardia. Si ha un riflesso sensorio-viscerale, e non un sintoma di cardiopatia. Non si tratta neppure di neurosi, ma di una forma di nevralgia dipendente dalla presenza dei noduli e granuli descritti. Questi sono quasi sempre manifestazioni gottose, e si tratta probabilmente di tofi della pelle e dei muscoli. In alcuni casi sono stati messi in rapporto con numerosi e gravi attacchi di tonsillite.

La prognosi è favorevole. La cura non è difficile. I noduli possono scomparire mediante applicazioni calde sotto forma di fomenti, bagni di fango, impacchi caldi, massaggio vibratorio. Dopo 4 o 6 settimane la forma di nevralgia può persistere, ma gli attacchi acuti sogliono sparire In ogni caso di dolore cardiaco si raccomanda di fare la palpazione della pelle e dei muscoli: ciò è di grande importanza per la prognosi e per la cura (F. Turan, *Wiener mediz. Woch.*, giugno 1914). *p. s.*

La sintomatologia del tic doloroso della faccia.

Questa malattia, denominata dai diversi autori nei modi più svariati (nevralgia trifaciale grande nevralgia) e che non deve confondersi coll'emicrania, colle malattie dei seni, coll'erpete e colle altre malattie dolorose della faccia, è un'affezione *sui generis*, di regola poco conosciuta e per lo più confusa con altre malattie di varia natura. Il Patrick (*Journ. of the Am. Med. Assoc.*, maggio 1914) ne raccoglie circa duecento casi in una monografia di cui riferirò in breve le conclusioni.

Per quel che si riferisce al sesso nei casi dell'A. si trattava di 96 uomini e 104 donne: questa maggiore frequenza nel sesso femminile è ammessa da tutti gli autori. L'età più frequentemente colpita va dai quaranta ai sessanta anni però l'A. ne ha riscontrati due casi sotto i dieci anni ed otto sopra i 70 anni.

Non si conosce nessun fattore predisponente speciale: la malattia non è certo ereditaria: è difficile dire se lo stato neuropatico predispone alla malattia, poichè spesso è questa che rende i soggetti emotivi.

In un certo numero di casi i pazienti sono stati emicranici.

Il carattere fondamentale del dolore del tic facciale è di essere di breve durata: il dolore s'inizia bruscamente ad accessi rapidi che spesso si ripetono a breve distanza di tempo: il dolore è descritto come lancinante, martellante, urente, terebrante, lacerante, talora viene paragonato a una scossa elettrica, non dura più di 1 o 2 secondi e raramente è preceduto da un senso di malessere vago o da parestesie. Coll'andar del tempo si stabiliscono parossismi dolorosi della durata di qualche secondo: raramente arrivano a durare qualche minuto. Il paziente spesso racconterà di avere dolori che durano per un'ora o due, però si tratta qui per lo più di rapide successioni di brevi parossismi.

Quindi ogni dolore a carico della faccia, fronte o tempia che è continuo per mezz'ora o più, anche se esistono esacerbazioni, non è un tic doloroso.

Il dolore del tic doloroso è sempre intenso: all'inizio può essere poco accentuato e nei casi avanzati negl'intervalli tra gli accessi può ridursi a semplici parestesie.

Ad ogni modo un dolore lieve e sordo che dura da lungo tempo non è mai l'espressione del tic doloroso facciale.

Una caratteristica quasi costante del dolore nel tic doloroso è che esso può cessare con una lieve irritazione periferica: p. es. comprimendo la faccia, talora anche ammiccando.

Il lato colpito è per lo più il destro: raramente l'affezione è bilaterale; in questi casi prevale da un lato. In qualche paziente si è visto che il dolore dall'altro lato è comparso dopo la guarigione spontanea o terapeutica di un lato.

La branca più frequentemente colpita per l'A., a differenza di quello che la massima parte dei neurologi ammettono, è la seconda.

Da un'analisi accurata dei casi l'A. tenderebbe a spiegare il fatto che tutti sostengono di una prevalenza del primo ramo del trigemino nel processo, ammettendo che esistono in ogni caso delle irradiazioni dolorose a carico di questa branca, perchè spesso, essendo colpito in secondo tempo anche il primo ramo, qui i dolori divengono più intensi. Molte forme di tic doloroso della faccia devono poi essere state confuse coll'emicrania, colle malattie dei seni frontali e coll'erpete sopraorbitale, ciò che spiega appunto ciò che gli autori sostengono.

L'A. arriva anzi alla conclusione che un dolore circoscritto alla regione sopraorbitale per lo più non è in rapporto con un tic doloroso facciale. In un certo numero di casi però sono colpite contemporaneamente prima e seconda branca (43 %): più raramente tutti e tre i rami (10 %).

Spesso esistono delle zone cutanee speciali la cui compressione apporta il dolore: in certi casi però esse sono piccolissime e limitate alla regione laterale del labbro o ad una pinna nasale. All'inizio anzi il dolore può essere limitato a questa zona: in alcuni casi la zona di riferimento del dolore è diversa da quella di arresto. La sede del riferimento del dolore spesso corrisponde a qualche dente perciò in tale malattia non di rado vengono estirpati parecchi denti senza successo.

Un fatto interessante ed ancora non spiegato che qualche volta si osserva è che il dolore non viene provocato colla compressione nel punto in cui viene riferito ma in un'altra zona distante.

Così toccando il labbro superiore può provocarsi un dolore sulla lingua.

Non è necessario far rilevare che i punti del Valleix nel tic doloroso della faccia possono esistere, ma possono anche mancare: ad ogni modo, quando esistono, non hanno grande valore diagnostico perchè si possono avere in diverse altre affezioni.

La malattia ha un decorso cronico senza tendere alla guarigione salvo rarissime eccezioni. Esistono spesso remissioni che possono durare per anni.

Non sono rari i disturbi vasomotori e trofici a carico della faccia e dei denti.

L'elemento motore nel tic doloroso non è essenziale, come lo farebbe pensare il nome, anzi l'immobilità è più caratteristica del moviment ed in certi stati di forte dolore il paziente rimane così immobile da far pensare ad una maschera parkinsoniana. Il movimento quando esiste è per lo più fibrillare, quasi mai ha l'aspetto di un vero tic: talora esistono reazioni motrici individuali che hanno l'aspetto di movimenti automatici.

Le alterazioni a carico dei sensi specifici nel tic doloroso non esistono. P. A.

La cura della nevralgia del trigemino.

Al congresso tedesco di chirurgia tenutosi nel 1914 Härtel di Halle ha comunicato i risultati da lui ottenuti impiegando nella cura della nevralgia del trigemino un metodo da lui usato per il primo. Questo metodo consiste nella iniezione di alcool nel ganglio di Gasser.

Le sue esperienze riguardano 27 casi, nei quali anche nelle forme più gravi si sono avuti dei vantaggi sicuri ed immediati. Egli riuscì ad avere quasi sempre un'anestesia completa e permanente, pari a quella che si ottiene con l'asportazione del ganglio di Gasser mediante una o più iniezioni di alcool.

Recidive non si manifestarono nel 73 % degli individui tenuti in osservazione anche per più di un anno.

Nei casi nei quali la nevralgia si ripresentò si ebbero guarigioni durature mediante una seconda iniezione.

In qualche caso si ebbero delle complicazioni come fenomeni pulmonari leggeri, paralisi transitorie dell'abducente, penose parestesie. Ad ogni modo il metodo è sempre consigliabile quando si tratti di forme di nevralgie facciali ribelli ad ogni altra specie di cura. DR.

NUOVI RIMEDI.

Il salvarsan sodico.

Nella *Münchener Mediz. Wochenschrift*, n. 6, 9 febbraio 1915, vengono pubblicate le esperienze di Wechselmann e Dreyfuss con un nuovo preparato di salvarsan ottenuto da Ehrlich: il salvarsannatrium. Il nuovo preparato ha azione identica a quella del salvarsan, ma offre il vantaggio della facile solubilità e può essere iniettato senza preparativi chimici. È, secondo Dreyfuss, chimicamente lo stesso preparato, allo stato solido, che si ottiene mediante l'alcalinizzazione del salvarsan. Il nuovo rimedio unisce quindi l'azione del salvarsan, più intensa che non quella del neosalvarsan e la tecnica più semplice dell'uso del neosalvarsan.

Questo progresso servirà a rendere sempre più diffusa la cura salvarsanica della sifilide.

Il dosaggio del nuovo preparato corrisponde a quello del neosalvarsan; è quindi più alto che non quello del salvarsan (rapporto 1.5:1).

ULLMANN.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(629) *Il chinino nella gravidanza.* — Prego codesta spettabile Direzione rispondere sulla tanto pregiata « Posta degli abbonati » al seguente quesito:

È stato clinicamente dimostrato che il chinino somministrato a dosi terapeutiche a donne gestanti, non ha alcuna azione abortiva. Si possono somministrare le stesse dosi a donne in preda ad infezione malarica acuta e con minaccia d'aborto che si prognostica evitabile? Oppure in questi casi si deve ricorrere ai sostituti dei sali di chinino, come a dire eucalyptus globulus, fenocolla, salvarsan, azzurro metile, ecc.?

Coi migliori ringraziamenti ossequio

S. Teodoro. B. Alberti.

Il chinino nelle malariche gravide deve usarsi in dosi terapeutiche senza timore. La cura della malaria è il primo rimedio contro il pericolo dell'aborto.

La questione dell'uso del chinino nell'imminenza dell'aborto è delicata e forse in pratica si presenta di rado.

Se si tratta di malaria cronica si può allora soprassedere; se di malaria acuta con febbre alta è forse meglio dare il chinino. Posto pure ch'esso faciliti contrazioni uterine già avviate e decida l'aborto, combatterebbe la causa da cui l'aborto è promosso e che può essere di danno ulteriore per la madre.

A. V.

(630) *Sulla tecnica della rachianestesia.* — Non avendo esperienza in proposito, gradirei sapere da codesta on. Redazione se, dopo praticata a scopo rachianestesico una iniezione intrarachidiana di 5 cmc. di soluzione di novocaina al 5 % e surrenina B. secondo la formula di Braun, dose riuscitami finora attiva in moltissimi soggetti e che nel paziente in questione si era dapprima dimostrata efficace, si possa in caso di insuccesso della ulteriore azione anestesica ricorrre immediatamente alla somministrazione di cloroformio ed in ipotesi positiva se si debbano temere particolari disturbi, oltre quelli consueti del cloroformio. Ringraziando

Dott. Manfredo Nardi.

Per la rachianestesia è preferibile usare la miscela di stovaina (4 cgr.) e novocaina (2 cgr.) aspirate nella siringa da 2 fialette distinte. In ogni modo in caso di mancata o insufficiente anestesia può benissimo ricorrere subito ad un anestetico per inalazione (cloroformio). Anzi in tali casi è sufficiente una minore dose di anestetico per ottenere l'effetto voluto.

L. D.

(631) *Meningiti afebbrili.* — È mai possibile un decorso afebbrile di meningite tubercolare e di ogni altra natura? Nella mia lunga pratica cosmopolita non ne ho mai osservato un caso.

Pignola (Potenza).

Dott. Domenico Albano.

La febbre suole essere considerata uno dei sintomi più frequenti della meningite tubercolare: anzi di essa si suole dare un tipo come classico: la temperatura, normale nel periodo iniziale, diviene continua remittente o intermittente, poi scende al normale o anche al disotto nel periodo di depressione: infine un lieve o un forte ed improvviso rialzo precede di poco l'esito letale: è da notare però che non vi sono due meningiti che si somiglino perfettamente (Hutinel) per la variabilità dei sintomi e del decorso; in questo polimorfismo della malattia trova la sua ragione la distinzione nelle forme cliniche che prendono nome vario dal decorso (prolungato, latente fulminante, apoplettico), dall'aspetto clinico (eclamptica, emiplegica, sonnolenta, delirante, tetanica, comatosa, coreo-atetosica, ecc.). Or esiste una forma descritta la Lesage con grande accuratezza, la *forma sonnolenta,* dei bambini, nella quale spesso fa difetto la febbre o qualche volta si ha solo fuggevole e trascurabile elevazione tecnica. Ecco come si esprime l'A. (Lesage, Soc. méd. des Hôp., 1908): ..... « Il polso è notevole per la sua instabilità, talora da 80 a 90, talora da 130 a 150, *mentre che la temperatura si mantiene abitualmente a* 37°. Infine il bambino presenta un dimagramento precoce, continuo, senza remissioni. A questi sintomi si associano disturbi digestivi, *talora* una leggera elevazione di temperatura, qualche disturbo oculare, assai raramente infine rigidità e convulsioni ».

Può la meningite tubercolare, se pur raramente, decorrere senza febbre, più frequentemente decorre apirettica la meningite sifilitica.

Anche la meningite cerebro spinale epidemica si accompagna d'ordinario a febbre: talora però questa è assai modica; indubbiamente vi sono le forme apirettiche.

Nè questi fatti possono meravigliare chi pensi che una delle malattie essenzialmente febbrigene (la polmonite) può decorrere senza febbre, che una malattia, alla quale gli antichi avevano dato il nome di febbre tifoide, può decorrere senza febbre; la malattia non è il resultato di fattori noti e costanti, ma sconosciuti in parte, e sempre variabilissimi (individuo ecc.): nella medicina non potrà mai dominare il dogma e l'affermazione assoluta, la clinica è spesso la negazione delle leggi dei patologi scolastici.

t. p.

(632) L'abbonato N. 5675 scrive:

Desidero sapere quali tra i farmaci usuali debbano prendersi a digiuno o a parecchie ore dall'ingestione dei cibi e quali durante o poco dopo i pasti.

C'è una regola mnemonica in proposito?

Nella gravidanza quali farmaci sono controindicati in via assoluta e quali devono usarsi con particolare precauzione?

E nell'allattamento?

Domande troppo complesse. È bene che l'abbonato si attenga ai trattati di farmacologia e quando conoscerà a fondo l'azione dei farmaci troverà da sè la risposta per il caso che gli interessa.

X.

(633) Si compiaccia indicarmi le pubblicazioni che trattano estesamente della sifilide, decrizione della malattia, specialmente della terapia, e sull'uso e preferenza dei vari sali mercuriali nelle diverse forme secondarie. Con stima

Dott. G. C. abb. 3558.

Finger E.: « Die Geschlechtskrankheiten », 7ª edizione. Leipzig. Wien, Franz Deuticke.

V'è una traduzione italiana, dell'ultima ediz.

Il trattato contiene una estesa descrizione della sifilide e indicazioni precise per la cura.

Rosenthal: « Therapie der Syphilis ». — Joseph: « Lehrbuch der Haut-Geschlechtskrankheiten ». — Riecke: « Haut-Gescklechtskrankheiten ». — Lesser: « Geschlechtskrankeiten ». — Jessner: « Geschlechtskrankheiten » (breve trattato per medici pratici). — Berdal: « Traité pratique de la syphilis ». — Fournier: « Traitement de la syphilis ».

J. U.

(634) Prego il redattore, su cui gravita la penosa incombenza della « Posta degli abbonati », a volermi illuminare sull'efficacia o meno delle iniezioni di cacodilato di soda, a dosi progressive, nella fase, pressochè iniziale, d'una lesione, supposta specifica, degli apici polmonali d'una giovane ventenne, figlia di genitori sanissimi, ascendenti, collaterali e fratelli pure sanissimi.

Condizioni generali buone.

Ottima la funzionalità dello stomaco.

Sin'ora furono prescritte pozioni creosotate.

Stefano Gutierrez.

Belgioioso.

Il cacodilato sodico (10 %) è ottimo rimedio per tale genere di malati: migliora la nutrizione, provoca l'insorgenza dell'appetito, porta spesso un senso di vera euforia; stimola gli organi ematopojetici. In genere ad esso noi sogliamo associare alimentazione conveniente, sole, moto regolato, e una cura di emulsione di olio di fegato, e di fosfati ad alte dosi.

t. p.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ.

Gli effetti morali del terremoto.

Lo studio delle condizioni neuro-psichiche dei superstiti del terremoto oltre che un interesse dottrinale, ha molta importanza pratica, giuridico-sociale.

Le prime osservazioni al riguardo sono state fatte da storici e da filosofi; si tratta quindi o di nude narrazioni, o di pure speculazioni intese a mettere in rilievo ed a commentare le perturbazioni sociali determinate dai grandi disastri tellurici.

Il materiale di questi studî fu offerto dal terremoto che devastò nel 1783 le parti limitrofe della Calabria e della Sicilia, e gli autori che se ne occuparono furono il Botta, il Colletta ed il Pagano.

Il Colletta nella sua *Storia del Reame di Napoli* narra diffusamente le vicende di questo terremoto. Dopo avere accennato al ritardo col quale furono portati gli aiuti alle povere vittime (come la storia si ripete!) egli fa una vivace descrizione dei luoghi devastati e dello stato d'animo dei superstiti.

« Alla prima scossa — egli scrive — nessun segnale in cielo o in terra dava timore o sospetto; ma nel moto e alla vista dei precipizî, lo sbalordimento invase tutti gli animi, cosicchè, smarrita la ragione e perfino sospeso l'istinto di salvezza, restarono gli uomini attoniti ed immoti. Ritornata la ragione, fu primo sentimento dei campati certa gioia di parzial ventura; una gioia fugace perchè subito la oppresse il pensiero della famiglia perduta, della casa distrutta; e fra tante specie presenti di morire e il timore di giorno estremo e vicino, più gli straziava il sospetto che i parenti stessero ancora vivi sotto le rovine, sì che, vista l'impossibilità di soccorrerli, dovevano sperare (consolazione misera e tremenda) che fossero estinti ».

Ma lo stesso Colletta continuando nella sua narrazione osserva come in tanta calamità fra tutti i sentimenti prevalesse quello dell'amore al proprio *io*: « la tardità degli scavi dipendeva dalla cura della propria salvezza e dallo sbalordimento che nei primi giorni oppresse ogni altro pensiero, ogni altro affetto. Era secondo e debole il pensiero dei congiunti ».

Vedremo come questa osservazione sia stata confermata dai successivi e più recenti osservatori, che constatarono il fatto direttamente sui luoghi colpiti: il Colletta, come egli stesso dichiara, non si recò sul posto e le sue informazioni sono perciò di seconda mano. In quanto agli effetti più o meno persistenti sulla sa-

lute dei superstiti, lo storico partenopeo afferma «che degli uomini campati alcuni tornarono sani e lieti, altri rimasero infermicci e malinconici».

Anche il Botta dà dell'avvenimento un quadro esteso limitandosi, per quel che riguarda le condizioni morali dei superstiti, a dire: «Come la natura umana in mezzo a tanto disfacimento si mostrasse qua pietosa, là crudele, qua generosa, là avara, qua virtuosa, là scellerata».

Il prof. Giorgio Del Vecchio ha commentato l'anno scorso alla R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, uno scritto di Francesco Mario Pagano sugli effetti morali del terremoto in Calabria, scritto che comparve come appendice alla sola prima edizione dei *Saggi politici*, ora divenuta rarissima. La breve monografia dell'illustre ed infelice filosofo di Brienza più che per le considerazioni dottrinali sui rapporti tra i fenomeni tellurici ed i fatti storici e sulle origini delle favole, è sopratutto interessante perchè mette in rilievo alcuni fatti psicologici, che più recentemente con miglior metodo furono constatati ed interpretati. Il Pagano accenna ad uno sbalordimento, ad «un'offesa dell'organo del pensare», ad una confusione ed oscurità di idee, ad uno stato di profonda tristezza cui seguì un «furioso piacere». «Dopo i tremuoti le Calabrie sembrano convertite nell'isola di Cipro o dei Taiti. Venere ivi par che abbia trasferita la sua reggia ed il trono. La licenza, il piacere, la dissolutezza scorre per le capanne, ove si son ricoverati quei miseri avanzi dei tremuoti, e per le campagne ove la più bassa gente era dispersa».

*
* *

Gli effetti neuro-psichici del violento trauma psichico ed eventualmente anche dei traumi somatici prodotti dal terremoto sono stati studiati con una certa larghezza in occasione del disastro calabro-siculo del 1908.

Le analogie nei rapporti umani tra le catastrofi telluriche ed i sinistri ferroviarî indussero giustamente clinici, patologi e medici-legisti a verificare se vi fosse una corrispondente analogia sintomatologica fra i terramotizzati ed i sinistrati in ferrovia.

Il Bianchi, che ebbe in cura nel Manicomio e nella Clinica neuropatologica di Napoli 130 feriti e che fece procedere ad un'oculata osservazione sopra circa 300 profughi ricoverati in altri locali, tra i quali molti con lievi ferite o contusioni, osserva che in nessun caso fu riscontrata la nevrosi traumatica tipica. Mancò la nevrosi traumatica che si suole osservare sugli infortunati indennizzabili, ma non mancò uno speciale atteggiamento psichico: una specie di stupore, di immobilità mentale con indifferenza per i danni patiti e per le perdite subìte di persone care, di oggetti, di valori. In molti era evidente la sola preoccupazione della propria esistenza, l'ansia della vita scampata, raramente una lagrima per i figli, i genitori, i congiunti perduti; l'immanità terrorizzante del disastro aveva prodotto una specie di contrattura come un tetano dell'animo. Tutte le nevropatie traumatiche, tra cui casi di nevrite per schiacciamento e lacerazione dei nervi, guarirono gradatamente con lunghe cure, durate, in alcuni, due anni, senza alcuna altra manifestazione traumatica. Il più vivo interesse era in tutti di guarire per guadagnarsi da vivere. Nulla di ciò che caratterizza la nevrosi traumatica.

Anche lo Stierlin, che fece le sue osservazioni oltre che sui superstiti del terremoto calabro-siculo, anche su quelli del terremoto di Valparaiso, della catastrofe delle miniere di Courrières e di altri disastri collettivi che non davano ragione a domande di risarcimento, notò uno speciale atteggiamento apatico, abulico, osservò successivamente pure delle vere psicosi e dei rari casi di neurastenia, che non avevano però nulla di simile con le nevrosi traumatiche degli infortunati.

Mondio a Messina, D'Abundo a Catania, come del resto anche Bianchi a Napoli, constatarono anche delle vere malattie mentali, sopratutto allucinatorie, e talune anche a forma isterica e nevrastenica. Si trattava di individui fortemente predisposti.

Tanto il D'Abundo che il Ferrari insistono sempre sulla notevole anemovità, freddezza, atonia sentimentale dei superstiti del terremoto.

Hartenberg del pari ha accennato al mutismo collettivo, all'apatia, alle modificazioni del senso morale dei superstiti del terremoto del 1908.

Il Gabbi, che ha fatto uno studio sistematico e molto accurato sugli effetti nervosi del terremoto, ha notato una inibizione acuta dell'emotività, uno stato di apatia, un disordine grave del senso morale, una criestesia acuta, un disordine acuto del potere critico, una eccitazione sessuale abnorme, una vera fobia del terremoto, e dal punto di vista somatico nessun fatto degno di nota all'infuori di una persistente assenza di reazioni vasomotorie. Il quadro clinico osservato dal Gabbi non ha nulla di analogo con nessuna forma di nevrosi traumatica, e perciò egli ritiene che possa costituire una sindrome a sè, la nevrosi da terremoto.

Altri medici si sono occupati delle condizioni nervose dei superstiti del terremoto, ma le loro osservazioni sono troppo superficiali, le loro considerazioni troppo affrettate perchè se ne possa tener conto.

* * *

Le osservazioni adunque di tutti gli autori antichi e moderni concordano nel fatto che i cataclismi tellurici inducono nei superstiti dei paesi distrutti uno stato speciale di abulia, un'anestesia emotivo-sentimentale che si riverbera nel loro contegno, nella loro condotta morale.

Anche nel recente terremoto campano-marsicano questo fatto si è verificato largamente, quasi generalmente.

Chi, come noi, è giunto sui luoghi devastati poco dopo il disastro ha potuto constatare l'inerzia, che pareva perfin colpevole, degli scampati, la loro inattività di fronte ai parenti, agli amici, ai concittadini sepolti sotto le macerie ed invocanti la liberazione, di fronte ai piagati, ai fratturati che invano chiedevano un sollievo.

Sono stati ben rari i casi di persone salvate dai loro compagni: i più rimanevano in attesa di un soccorso che aspettavano da fuori, paghi di essere scampati al disastro, doloranti più per la perdita dei loro beni che dei loro cari, incuranti delle sofferenze altrui. Essi narravano ai sopraggiunti a portar soccorso le perdite di parenti, talora di tutta la famiglia, senza una lagrima, senza nessun segno di commozione e per lo più chiedevano soccorso non per disseppellire quelli che potevano essere ancora vivi, ma per ricercare nelle macerie qualche suppellettile, qualche indumento, del danaro.

A questo atteggiamento faceva sensibile contrasto l'ansia di coloro che venivano di fuori per prender conto dei loro cari, il lavoro febbrile, incessante che essi facevano per disseppellirli, il loro strazio disperato quando li sapevano morti, la loro gioia quando l'incontravano vivi.

Abbiamo assistito a parecchie di queste scene commoventi, nelle quali sentimento umano vibrava in tutta la sua intensità, come abbiamo assistito a scene raccapriccianti di anestesia sentimentale e morale.

Un operaio dopo essersi salvato con la moglie ed un figlio fuggì abbandonando sotto le macerie una figlia di 7 anni che gridava incessantemente: « Papà aiutami, non mi abbandonare! » Ritornò dopo tre giorni per ricuperare qualche cosa, ritrovò anche la figlia, ma era morta; essa non aveva alcuna traccia di lesione grave esterna. Un altro nel toglier via le macerie sotto le quali si trovava la madre viva scorse in una credenza dei sacchetti di farina; sospese il lavoro di salvataggio della madre per mettere al sicuro la farina. Nella notte tra il 14 ed il 15 al posto di medicazione di San Benedetto dei Marsi ci si presentò una donna che ci disse di venire da un casolare del Fucino: aveva una frattura esposta comminuta della gamba destra e per raggiungere S. Benedetto aveva camminato circa due giorni sulle ginocchia e sulle mani, che le si erano perciò piagate, aveva dovuto attraversare il Giovenco e perciò aveva le vesti tutte bagnate. Dopo averla medicata cercammo di farla asciugare e riscaldare accanto al fuoco che alcuni superstiti avevano acceso all'aria libera. Non fu possibile persuadere quegli uomini a far posto alla povera donna: si dovette usare la violenza per costringerli a quell'atto di doverosa pietà.

Il capo della banda musicale di uno dei paesi distrutti dopo avermi narrato di aver perduto tutta la sua famiglia, la moglie e sette o otto figli, cominciò a farmi l'elogio della sua banda, una delle migliori d'Italia, e mi manifestò il proposito di ricuperare gli strumenti, di ricostituire la banda, vanto ed orgoglio del suo paese.

Quell'uomo mi dette l'idea di un fanciullo che superata l'impressione per la morte di uno dei genitori, e mentre ancora nella casa domina il lutto ed il dolore, continua a trastullarsi con i suoi giocattoli.

E veramente i disastri tellurici fanno ritornare l'uomo allo stato di bambino, che val quanto dire allo stato primitivo. La corda emotivo-sentimentale è tanto fortemente, così improvvisamente tesa che si spezza. Si ha così una paralisi sentimentale, per cui l'animo umano perde tutte quelle acquisizioni della razza e dell'individuo, che ne costituiscono il grado di civiltà. Distrutta la famiglia, la casa, il paese, cancellato di un tratto tutto ciò che costituiva la memoria del passato, perduta la fede nell'avvenire, l'uomo si trova di fronte alla natura omicida solo senza conforto e senza speranze, e non pensa che a sè, non ha altro interesse, nessun altro desiderio che la propria conservazione.

Questi rivolgimenti tellurici operano sulle stratificazioni evolutive della mente umana, come fanno talora sugli stessi strati geologici della crosta terrestre, scoprendone i giacimenti, i frammenti antichi, quelli che ordinariamente non affiorano alla superficie.

Una riprova di quanto diciamo si ha nel fatto che rimane intatto il sentimento materno, il sentimento filogeneticamente più antico: « fu veduto le madri — scive il Colletta — non curanti di sè coprire i figliuoli, facendo sopra essi arco del proprio corpo ».

Lo stesso atteggiamento sublime, lo stesso aggruppamento statuario, quasi espressione scultoria dell'amore e del dolore, è stato più volte ritrovato sotto le macerie dei paesi recentemente distrutti.

Nelle ricoverate alla clinica ostetrica di Roma del prof. Pestalozza è stato trovato tenacemente persistente il sentimento della maternità.

I perturbamenti della sfera sentimentale inducono naturalmente dei pervertimenti nella condotta morale: possono quindi spiegarsi gli atti più o meno criminali commessi dai superstiti, di cui fanno cenno gli storici del terremoto del 1783, e le cronache dei recenti cataclismi.

L'abnorme eccitazione sessuale che tramutò le città distrutte nel 1783 in luoghi di lussuria, che fece notare al Botta che « i frutti illegittimi non furono mai così numerosi nelle Calabrie, come dopo che furono desolate da quella ferocissima tempesta », l'abnorme eccitazione sessuale constatata dal Gabbi nei superstiti del terremoto del 1908, non si è verificata nell'attuale cataclisma della Marsica, o meglio non si è potuto verificare perchè data la vicinanza con grandi centri i superstiti furono in breve tempo allontanati dai paesi colpiti.

*
* *

Un altro fatto sul quale sono concordi tutti gli autori, e che è della massima importanza pratica si è che nei « terramotizzati » non si è mai verificato un quadro morboso che abbia delle analogie con la così detta neurosi traumatica degli infortunati.

Sono stati registrati nei precedenti cataclismi casi di psicosi isteriche e nevrasteniche e altre forme di psicosi traumatiche; si ha notizia che nel manicomio di Roma sono ricoverati parecchi superstiti con forme di demenza precoce; noi stessi abbiamo visto sui luoghi del disastro forme maniache e forme depressive, ma giammai sono stati notati casi che abbiano alcun che di simile con la neurosi da infortunio.

Del resto abbiamo già detto come questa forma oltre che nei terremoti non sia stata riscontrata in altri disastri collettivi che non davano diritto a ripetizioni di danni. E lo stesso Oppenheim, il padre della profanata e straziata neurosi traumatica (come dev'essere pentito d'averla messa al mondo!) in un recente articolo sulla neurologia e la guerra ha notato come le neurosi traumatiche sono molte rare in questa guerra, nella quale la sfera curativo-sentimentale è pur messa a dura prova. Egli ne trae argomento per vantare la resistenza del sistema nervoso dei suoi compatrioti. Ma se ciò deve essere ragione di legittimo orgoglio per il suo cuore di tedesco, non lo può essere per il suo cuore di padre della neurosi.

L'assenza della neurosi traumatica nei superstiti del terremoto trova evidentemente la sua ragione nella mancanza di tutti quei fattori capaci di far sorgere ed affermare quel complesso sintomatico. È oramai accertato che negli infortuni indennizzabili il fattore essenziale per la genesi e l'evoluzione della neurosi è la idea ossessiva dell'indennizzo, cui si aggiunge in secondo tempo l'auto- ed etero-osservazione, l'auto- ed etero-suggestione, la ruminazione continua dei sintomi che ravviva e cronicizza la piaga.

I terramotizzati invece hanno interesse a guarire, perchè solo con la guarigione essi possono recuperare il loro avere, o quello ereditato, e guariscono delle loro lesioni chirurgiche senza mai presentare quelle parestesie, quelle anestesie, quelle vertigini, quelle cefalee, quel senso di stanchezza, quelle contratture, quelle facili reazioni vaso-motorie e tutti quegli altri disturbi che sogliono accusare o presentare gli infortunati indennizzabili.

La situazione psichica dei superstiti del terremoto è assai diversa da quella dei traumatizzati che domandano un indennizzo. Ed in ciò, afferma il Bianchi, potrebbe trovarsi una prova dell'origine in tutto o in parte fraudolenta di quella enorme cifra di nevrosi traumatiche, che le statistiche dimostrano straordinariamente aumentate, ove più ove meno, in tutti i paesi.

Il Gabbi a conclusione del suo lavoro sui disturbi di neurosi provocati dal terremoto calabro-siculo osserva: se vi fosse stato un responsabile civile del terremoto chi sa quante forme inguaribili ed inemendabili si sarebbero verificate!

La deduzione logica di tutto ciò è che la neurosi traumatica è figlia dell'indennizzo, e che quindi l'unica efficace profilassi di questa forma morbosa, che ha avuto ed ha conseguenze morali ed economiche tanto disastrose consiste nel proclamare la irresarcibilità di essa.

DRAGOTTI

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

G. TURTUR. *Anatomia e patologia della tonsilla linguale.* Roma, Tip. del Campidoglio, 1914, pag. 218.

Anche coloro — e sono molti — che giustamente si preoccupano del traligname dell'istituto della libera docenza, divenuto sovente miraggio mercantile a gente inetta, debbono riconoscere che esso ha, fra i suoi pregi, quello di aver favorito la produzione di monografie scientifiche di alto valore. Mi piace ricordare, nella letteratura più recente, le « ferite del fegato e delle vie biliari » di Amante, il « rene

nella difterite e nella scarlattina» di Modigliani, la «tubercolosi occulta nei bambini» di Luzzatti, le «aritmie respiratorie» di Olivieri, la «tubercolosi vescicale» di Giannuzzi, la «sfigmomanometria clinica» di Rubino, il «pneumotorace artificiale nella tubercolosi» di Ponzi, la «arterite cerebrale luetica» di Quarta, tutti lavori degni della massima considerazione, che hanno segnato un progresso nelle conoscenze dei singoli argomenti.

Ora viene pubblicata la tesi di Turtur: scrivere un lavoro di oltre 200 pagine su di un tema così circoscritto dimostra a un tempo la via d'ascesa compiuta nell'analisi delle malattie della tonsilla linguale e l'abilità di sintesi dell'autore, il quale, non perdendo mai di vista le connessioni molteplici di quest'organo con il complesso anello di Waldeyer e con il sistema linfatico dell'economia, ha dato una completa monografia, dal punto di vista anatomico, anatomo-patologico e clinico, su questo capitolo. Importanti specialmente sono le ricerche personali morfologiche e istologiche, che fissano molti punti importanti e nuovi su la tonsilla linguale.

Numerose figure e microfotografie originali illustrano il lavoro, che onora la Clinica oto-rino-laringoiatrica, diretta dal prof. G. Ferreri, nella quale è stato compiuto.

G. Bilancioni.

Campeggiani Massimo. *Sulle otiti suppurate e loro complicanze nella polmonite franca, lobare.* Roma, Tip. del Campidoglio, 1914.

L'A., dimostrata l'importanza dell'argomento, stabilisce le analogie epidemiologiche e l'equivalenza etiologica della polmonite e dell'otite.

Ricorda brevemente i diversi periodi attraverso i quali si è venuto svolgendo il concetto delle infezioni da diplococco, la varietà e la frequenza delle localizzazioni del germe, trattenendosi in special modo sul rapporto tra i due processi, polmonare ed auricolare. Dopo una succinta critica bibliografica passa ad esporre la storia delle ricerche batteriologiche sulle otiti diplococciche.

Riassume quindi in 5 tabelle le osservazioni personali (30) ed i casi della letteratura (oltre 100) relativi all'argomento. Sulla scorta di questo copioso materiale ricostruisce i quadri clinici con cui le otiti si associano alla polmonite, la precedono, l'accompagnano, la seguono, mettendo in rilievo la varia gravità dei fenomeni auricolari, a seconda del periodo della loro insorgenza. Fa una dettagliata esposizione delle complicanze mastoidee, meningee, venose, degli ascessi cerebrali, cerebellari ed estracranici, rilevando che le vie di collegamento tra polmone ed orecchio sono alcune indirette per il tramite delle complicanze, ed altre dirette. Si sofferma su queste dando importanza (oltre che alle vie sanguigna e tubarica) alla via linfatica, per spiegare il fenomeno frequentemente e con gran prevalenza osservato della omolateralità delle localizzazioni nel polmone e nell'orecchio; e porta a tal proposito una ricca messe di fatti clinici e sperimentali. Non trascura poi di dare la giusta parte all'azione del simpatico. L'A. correda la sua tesi con interessanti dettagli di anatomia e di fisiologia.

Trattando l'anatomia patologica delle otiti diplococciche ricorda le analogie embriologiche e strutturali esistenti fra polmone ed orecchio, ed alle quali fa riscontro la caratteristica localizzazione del processo nei due organi, che documenta con pregevoli reperti istologici.

La diagnosi e la prognosi scaturiscono come limpida conseguenza di quanto è esposto nei precedenti capitoli e contengono utili insegnamenti da tener presenti nella pratica.

Le indicazioni terapeutiche sono esposte con forma succinta, con chiarezza e competenza.

Il lavoro è illustrato da 15 figure intercalate nel testo, per la maggior parte microfotografie.

Nel complesso è una pubblicazione che merita di essere raccomandata non solo ai cultori della otoiatria, ma a tutti gli studiosi ed ai pratici, per il contributo che l'A. ha portato alla clinica, alla patogenesi ed all'anatomia patologica, con il più grande rigore scientifico.

S.

Obiter Scripta. *Throat, nose and ear.* Op. in-16° di pag. 40, rilegato. Bristol, John Wright e Sons Ltd., 1914. Prezzo S. 2 d. 6.

In questo volumetto sono contenuti tre brevi articoli: note sulle affezioni comuni del naso, della gola e dell'orecchio, la zinco-ionizzazione dell'orecchio medio e dei seni, il trattamento dell'ozena, con riguardo alla batterioterapia.

L'A. vi raccoglie la sua esperienza personale acquistata come specialista nell'Ospedale generale di Johannesburg.

R. B.

Il fascicolo di marzo 1915 della nostra Sezione Medica conterrà i seguenti lavori:

Dott. C. B. Farmachidis e A. Vattuone. *Sull'influenza dell'estratto di tonsille palatine sulla crasi sanguigna.*

Dott. U. Lombroso e P. Manetta. *Influenza della milza sulla funzione pancreatica.*

Dott. Luigi Manginelli. *Importanza diagnostica e patogenetica della ricerca radiologica nell'ulcera duodenale.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la difesa della patologia speciale medica.

Caro Policlinico,

Permetti che un tuo vecchio ed affezionato amico rubi un pochino del tuo spazio prezioso per segnalare al tuo interessamento tanto ascoltato quanto valoroso una deplorevole esclusione di un articolo di regolamento che suona offesa ad una delle più importanti discipline mediche?

Devi sapere che qui a Tortona, ove mi trovo come medico primario dell'Ospedale civile, fu aperto coi primi del corrente anno un R. corso magistrale ed a me, senza avere chiesto nulla a nessuno ed ignaro di programmi e regolamenti di corsi magistrali, fu affidato, dopo avermi interrogato in proposito, l'incarico delle conferenze d'igiene.

Per tale incarico tenni già due conferenze agli inscritti al corso ed ai maestri e maestre convenutivi numerosi, presi parte ad adunanze di professori, indicai e consigliai i testi d'igiene da adottarsi.

Fin qui nulla a ridire; ma il 2 febbraio corrente mese il Direttore di questo corso magistrale mi notificava che il R. Provveditore agli studi di Alessandria con telegramma di Stato gli comunicava « che le conferenze d'igiene dovevano « essere affidate a me solo nel caso ch'io fossi « libero docente o di igiene, o di fisiologia, o di « patologia generale; che se invece fossi, come « viene riferito, libero docente nella patologia « speciale medica, la preferenza spettava all'uf« ficiale sanitario a norma dell'articolo 18 del « regolamento 5 novembre 1911 ».

Una simile comunicazione che basa una preferenza sopra la morta dicitura di un articolo di regolamento illogico ed ingiusto ed anche antiscientifico mi sorprese alquanto, perchè ti confesso che non riuscii, come non riesco a capire (e forse tu pure, caro Policlinico, non riuscirai a capire) su quali considerazioni scientifiche, di diritto e di giustizia si sia basato quel luminare (non scrivere per carità lumicino!) della scienza che vergò quell'articolo 18 per escludere e dimenticare la patologia speciale medica posponendola però al diploma di ufficiale sanitario (sono anch'io ufficiale sanitario con diploma a pieni voti), diploma che come è noto si può ottenere anche dopo pochi mesi dalla laurea e solo dopo un *bimestre* di studi in un Istituto di igiene.

Strana invero ed antiscientifica dimenticanza che oblia e non valuta tutta la grande affinità che esiste fra patologia speciale medica ed igiene. Ingiusta dimenticanza quando accordando la preferenza alla patologia generale e specialmente alla fisiologia non l'accorda e la tace anzi alla patologia medica.

Ma v'ha di più. Quando considero che il programma di queste conferenze d'igiene deve illustrare a norma del regolamento fra l'altro « i « facili rimedi, l'igiene e le malattie delle scuo« le, i pregiudizi, le cattive abitudini, le malattie « infettive e la loro profilassi, i soccorsi d'urgen « za, Croce Rossa, igiene infantile, la lotta con« tro la tubercolosi, la lotta contro l'alcoolismo », « le norme principali e pratiche d'assistenza per « i malati », mi domando trasognato quale nesso e coerenza scientifica ci sia fra questo programma e la preferenza accordata alla patologia generale ed alla fisiologia in ispecial modo.

Ma da quando in qua i soccorsi d'urgenza, la assistenza agli ammalati, i facili rimedi, la lotta contro la tubercolosi e l'alcoolismo, le malattie infettive e la loro profilassi, l'igiene e malattie della scuola ecc. ecc., hanno fatto programma di studio della fisiologia per non dire della patologia generale? Roba dell'altro mondo, che non si può addirittura spiegare se non pensando o che il versatore radioso (a lume d'olio miscellato) ignorasse che fra le discipline mediche esiste ed importantissima la patologia speciale medica od ignorasse il programma di studio tanto della patologia generale quanto della fisiologia che della patologia medica. Se non avesse ignorato ciò avrebbe facilmente capito che il programma di studio delle conferenze d'igiene del corso magistrale nella loro maggioranza fa parte esclusiva della patologia medica e non certamente poi della fisiologia.

Fuori discussione restando la preferenza al docente d'igiene, se consideriamo la dicitura e la preferenza del famigerato articolo 18 si rimane meravigliati che possa portare la data del 1911 perchè tutto farebbe credere che fosse stato scritto e fosse stato esumato da qualche codice del beato medio-evo.

Di qui perciò non si scappa. Ma esclusivamente pel prestigio e la dignità della patologia medica, ho segnalato, in un ricorso, al Ministro, l'incompetenza di un articolo la di cui dicitura fa ai pugni col buon senso e colla giustizia e che dal lato scientifico è veramente mancante di ogni e qualunque fondamento.

In attesa che il Ministro della pubblica istruzione, che è davvero gloria del diritto italiano ed illustrazione della scienza, voglia interessarsi della questione ed emettere il suo verdetto ripa-

ratore in nome della giustizia e della scienza stessa, segnalo dalle tue diffuse colonne, o caro Policlinico, la cosa a tutti i professori ordinari e liberi docenti di patologia medica italiani, perchè vogliano unire alla mia modestissima voce la loro potente per fare giustizia di un articolo che suona mancanza di rispetto alla patologia medica e rappresenta un vero e madornale anacronismo scientifico.

Molti professori e docenti di patologia medica che seggono negli scanni di Montecitorio segnalino dalla tribuna parlamentare al Ministro dell'istruzione la lamentata ed ingiusta dimenticanza ed esclusione di questo regolamento che deve essere assolutamente modificato e completato secondo giustizia, secondo scienza e diritto.

Grazie della ospitalità, caro Policlinico, e ti sarò grato se tu pure vorrai dire una parolina su questa questione. Tuo

Dott. Prof. RABAJOLI REGOLO
Libero docente di patologia medica speciale

Tortona, 21 febbraio 1915.

La politica sanitaria.

Sono annunziate parecchie interpellanze ed interrogazioni alla Camera dei deputati su questioni mediche.

L'on. Bussi ha presentato interrogazione sulla opportunità di istituire un completo servizio di vigilanza igienico-sanitaria per tutti gli istituti di educazione integrato dai necessarî mezzi di profilassi e di cura;

L'on. Ciccotti su alcune quistioni riguardanti l'amministrazione degli Ospedali di Napoli;

gli on. Bissolati, Benaglio e Cotugno sui mezzi atti ad impedire la diffusione della meningite cerebro-spinale nell'esercito;

l'on. Colonna di Cesarò sulla profilassi del tracoma nell'esercito;

gli on. Rampoldi e Cavagnari sulla eleggibilità dei medici delle opere pie a consiglieri provinciali;

l'on. Labriola sull'applicazione della legge 31 marzo 1912, n. 294, in rapporto ai praticanti dentisti non muniti di diploma;

l'on. Lombardi sulla somministrazione gratuita dei medicinali da parte dei Comuni e specialmente di quelli del Mezzogiorno;

l'on. Cocco-Ortu sulla costruzione delle condutture d'acqua potabile in Sardegna;

l'on. Masini sul diverso trattamento fatto ad alcune cattedre della facoltà medico-chirurgica di Genova in confronto di altre Università.

In sede d'interrogazione l'on. Marchesano ha invocato una riforma del sistema attuale di riscaldamento delle cliniche di Roma, il quale danneggia nella spesa l'erario dello Stato. Il sottosegretario on. Rosadi rispose rilevando che la spesa è attualmente di oltre mezzo milione all'anno ed annunziò che il Ministero ha nominato una Commissione di tecnici per lo studio della questione. Seguono una replica ed una controreplica.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5077) *Aumento di stipendio di ufficio.* — Il dott. C. Q. da A. espone che fece domanda di aumento di stipendio al prefetto nell'agosto 1913. La sua domanda in base all'articolo 26 della legge sanitaria fu inviata per parere a quel Consiglio comunale il quale nella tornata del marzo 1914 gli assegnò come aumento lire 225 annue. La G. P. A. nel febbraio 1915 ha vistata tale deliberazione confermando detto aumento. Desidera conoscere se il disposto aumento di stipendio comincia a decorrere dalla data della deliberazione del Consiglio comunale o da quella di approvazione da parte della Giunta provinciale amministrativa.

L'aumento di stipendio comincia a decorrere dalla data della decisione favorevole della G. P. A. perchè essendo stato il detto aumento chiesto in virtù dell'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie è l'autorità tutoria e non il Consiglio comunale, che effettivamente lo concede. Ed è naturale che la corrisponsione del maggiore assegno non possa precedere l'atto che lo determina.

(5079) *Ricchezza mobile.* — Al dott. C. I. da A. rispondiamo che la tassa di ricchezza mobile sullo stipendio di lire 3400 è di annue L. 293.25.

(5080) *Infortunii sul lavoro.* — Il dott. G. B. da S. P. in C. desidera conoscere se le cure prestate all'operaio, non ammesso nell'elenco dei poveri pur essendo prime ma non immediate possano essere poste sempre a carico del capo od esercente l'impresa, e se l'ultima visita debba essere pagata da parte, oltre l'importo del certificato.

Per essere a carico dello esercente, le cure da prestarsi all'infortunato debbono rispondere a due qualifiche: debbono, cioè, essere prime ed immediate. Se manca una delle due, la spesa non può essere addossata che alla famiglia, se trattasi di persone agiate, od al Comune come condotta medica obbligatoria, in caso di persone comprese nell'elenco dei poveri. L'ultima visita fatta all'infortunato è come la prima. Sarà gratuita se l'individuo è compreso nell'elenco. Le due lire pel certificato sono dovute a parte.

(5082) *Licenziamento di un interino.* — Il dottor N. Z. da C. desidera conoscere se un medico interinale può essere licenziato da un momento all'altro o deve ricevere qualche tempo prima la notifica del licenziamento.

Quando non sia stabilito speciale termine nell'atto di nomina, il licenziamento del medico interino può farsi subito che ne sia cessato il bisogno. Ordinariamente si dà prevenzione del provvedimento una quindicina di giorni prima.

(5084) *Contratto con agiati pel servizio medico - Supplenza.* — Il dott. P. C. F. da P. desidera sapere se possa la supplenza andare a totale carico del Comune qualora egli consigliasse gli agiati di servirsi durante il suo mese di congedo dell'opera dell'interino municipale, corrispondendo naturalmente ad esso direttamente il compenso per le visite che possano eventualmente occorrere e se il Comune possa rifiutare il rilascio del mandato pel supplente allegando che questi non ha dimorato in loco.

Crediamo che alle condizioni suesposte la supplenza debba cedere a totale carico del Comune, giacchè gli agiati non aggravano per niente, pagando direttamente al supplente gli onorarii che gli competono, il servizio municipale. Non crediamo poi che sia legale il rifiuto opposto al rilascio del mandato dopo che il servizio fu eseguito senza alcuna protesta da parte del Comune. Il Municipio avrebbe dovuto richiamare il supplente allo stretto adempimento del proprio dovere risiedendo sul posto. Ciò non ha fatto, ha tollerato che il sanitario accedesse interpolatamente ed ora non ha alcun plausibile motivo per negare il mandato che rappresenta il compenso dell'opera prestata e tacitamente accettata dalla amministrazione. Ricorra alla G. P. A. per la emissione del mandato di ufficio.

(5086) *Pensioni.* — Il Dott. E. C. da C. desidera conoscere la pensione che gli sarà liquidata con 52 anni di età e 27 di servizio, con 55 anni di età e 30 di servizio e con 60 anni di età e 35 di servizio.

Con 52 anni di età e 27 di servizio liquiderà l'annua pensione di lire 963, con 55 anni di età e 30 di servizio liquiderà annue lire 1280, e con 60 anni di età e 35 di servizio liquiderà annue lire 2106.

(5088) *Infortunio sui lavoro.* — Il Dott. L. R. da P. di B. desidera conoscere se sia ammissibile la contravvenzione per essersi denunziato un caso di infortunio, anzichè al Sindaco del luogo in cui l'infortunio è avvenuto, alla stazione dei RR. CC. di un paese vicino e se il medico condotto che ha apprestate le prime immediate cure allo infortunato sia passibile egualmente di contravvenzione per mancato referto ai sensi dell'articolo 439 del Codice penale.

Ai termini dell'articolo 79 del regolamento per la esecuzione della legge sugli infortunii entro i tre giorni l'infortunio deve essere denunziato all'autorità di pubblica sicurezza del luogo dove è avvenuto. La elevata contravvenzione ha fondamento legale, non solo perchè la denunzia non fu fatta al Sindaco, che è per legge autorità locale di pubblica sicurezza, ma anche perchè fu fatta ad autorità residente in comune diverso da quello in cui l'infortunio vi verificò. Per Lei la ragione addotta può aver valore, dal momento che effettivamente il referto deve aver luogo solo nei casi in cui il fatto presenti i caratteri del reato. Bisogna, però, ricordare che il reato può essere anche colposo e dipendere, cioè, dalla negligenza od imprudenza di colui o di coloro che dirigevano il lavoro dell'operaio infortunato. In tale ipotesi il referto sarebbe stato di stretto dovere.

(5089) *Stabilità dei medici condotti.* — Il Dott. M. S. da A. desidera conoscere quando acquisti la stabilità il medico condotto che fu nominato con deliderazione consiliare del 7 maggio 1913 vistata dal Sottoprefetto solamente nel luglio dello stesso. Il medico assunse servizio il 17 maggio 1913. Desidera eziandio conoscere in qual modo possa salvaguardare i proprii diritti, nel caso che il Comune, seguendo le disposizioni contenute nel capitolato, creda legale il licenziamento per fine di prova due mesi prima che il biennio si compia.

Il medico condotto che ha preso effettivo servizio il giorno 17 maggio 1913 diventa virtualmente stabile col 16 marzo 1915 e realmente tale, col successivo giorno 16 maggio. Se il regolamento od il capitolato dispongano diversamente accorciando, cioè, il termine assegnato dalla legge, non monta, imperocchè essendo detti termini imposti per ragioni di ordine e generale interesse non possono essere allungati od accorciati per privati patti e convenzioni.

(5091) *Pensione.* — Al Dott. P. B. da F. nell'E. rispondiamo che secondo noi la proposta fatta di aumentare lo stipendio che ora riceve dal Comune è l'unica opportuna a risolvere la quistione della pensione, la quale non potrebbe essere corrisposta simultaneamente dalla Congregazione di carità e dal Municipio. Comprendiamo che l'aumento della pensione non corrisponderà a quella che effettivamente perde dall'Opera pia, ma non vi è altro di meglio da fare nel caso esposto.

(5092) *Pensioni.* — Il Dott. G. M. da V. desidera conoscere a quanto ammonterebbe oggi la pensione di un medico condotto nato nel 1851 che ha preso servizio il 16 novembre 1877 ed ha pagato regolarmente i contributi alla Cassa pensioni dal 1° gennaio 1900 ad oggi.

Ritenendo che Ella abbia riscattati 15 anni di servizio precedenti alla iscrizione alla Cassa, come ne avea del resto il diritto, liquiderà in base a 30 anni di servizio e 64 anni di età, l'annua pensione di lire 1910.

(5093) *Pensioni.* — Al Dott. G. S. da S. L. rispondiamo: Il servizio militare non è stato prestato con interruzione di carriera e perciò non può essere calcolato nel periodo necessario per l'acquisto della pensione. Ben possono essere calcolati i quattro mesi di servizio prestati come medico condotto dal 15 marzo 1896 al luglio dello stesso anno. Ora conta, pertanto, 12 anni e quattro mesi di servizio. Per liquidare la pensione deve farne altri 12 e due mesi. Con 58 anni di età e 25 di servizio, liquiderà l'annua pensione di lire 1208.

(5095) *Assenza dal Comune.* — Il Dott. E. C. da A. desidera conoscere se disponendo il capitolato di medico condotto non potrà assentarsi dal suo riparto per più di 12 ore senza ordine preventivo dell'autorità comunale e che la domanda sia debitamente accordata, possa assentarsi senz'altro un giorno per settimana dal mezzogiorno alle ore 21 per esercitare in paese vicino un gabinetto dentistico.

Stando alla dicitura del capitolato, per le assenze settimanali che Ella compie per recarsi nel paese vicino ad esercitare il gabinetto dentistico dovrebbe chiedere ed ottenere l'assenso del Sindaco sempre che esse si prolungassero oltre le 12 ore. Ma dal momento che Ella si assenta alle dodici per far ritorno in residenza alle ventuno o ventidue della stessa giornata, non occorre autorizzazione di sorta.

(5096) *Aumento di stipendio dell'Ufficiale sanitario.* — Al Dott. M. B. da C. rispondiamo che per avere un aumento di stipendio occorrerà avanzare domanda alla G. P. A., ai sensi dell'articolo 28 del testo unico della legge sanitaria.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NAPOLI. — Sono nominati i dottori: Castiglione Morelli e Pasquale assistenti, Aloi Vincenzo assistente volontario in clinica chirurgica.

PARMA. — Il dott. Cevidalli Attilio è incaricato dell'insegnamento di medicina legale per gli studenti di giurisprudenza.
Il dott. Bertoli Pietro è nominato assistente volontario in clinica chirurgica.

PAVIA. Sono nominati i dottori: Ciuffo Giuseppe, aiuto alla clinica dermosifilopatica; Aliprandi Innocente, assistente in fisiologia.

SIENA. — Sono nominati assistenti alla clinica chirurgica i dottori Ott Igino e Saraceni Gino.

CONDOTTE E CONCORSI.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico del Laboratorio consorziale di vigilanza igienica fra i Comuni della Provincia. Docum. entro le ore 12 del 15 giugno al presidente del Consorzio, sindaco di Avellino. Titoli speciali. Esami. L. 3000 e due sessenni; partecipaz. agli utili derivanti dalle analisi ai privati e da altri eventuali proventi.

BASSANO DI SUSRI (*Roma*). — Il termine per la presentazione delle domande e documenti dei concorrenti al posto di medico-chirurgo condotto è prorogato al 10 marzo 1915. Restano ferme le altre condizioni.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — Condotta piena; ab. 2350; capoluogo in centro del Comune con 5 piccole frazioni a brevissima distanza; lorde L. 5300; abitazione gratuita; tre sessenni su L. 3700. Scadenza 15 marzo.

CARAMAGNA PIEMONTE (*Cuneo*). *Ospedale San Giuseppe.* — Cercasi medico chirurgo direttore; L. 1800 compreso concorso da parte del Municipio. Capitolato visibile in Segreteria.

* CARTIGLIANO (*Vicenza*). — Condotta generalità; L. 4500 lorde più godimento gratuito di circa due campi di terreno che si valutano ad annue L. 120. Per U. S. L. 120. Ab. 2235. Età lim. anni 40. Assunz. entro 15 g. Scad. 10 marzo.

CERTALDO (*Firenze*). — Condotta; lorde iniz. L. 3700 e L. 500 indennizzo cav. Cura gratuita per chi ha un reddito inferiore alle L. 4000. Scad. ore 17 del 31 marzo.

CRODO (*Novara*). — A tutto marzo 1915 è aperto il concorso al posto di medico condotto, collo stipendio di L. 4250 oltre alloggio. Condotta piena, abitanti 1500.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti riuniti.* — Due medici chirurghi assitenti. Titoli ed esami. Nomina biennale, conferme per 8 anni, L. 2000 lorde. Scadenza ore 17 del 20 marzo. Servizio su chiamata. Eventuale nomina degli idonei oltre il secondo classificato, entro un anno.

FORNI AVOLTRI (*Udine*). — Condotto; ab. 1463; L. 5000 complessive e tre sessenni; cura piena. Documenti alla Prefettura di Udine, Ufficio del medico provinciale, entro il 10 marzo.

GRAGLIA-MUZZANO (*Novara*). — Consorzio condotto pei poveri (100 circa); L. 1200 e L. 250 di indennità supplenza. Potrà essere nominato ufficiale sanitario e medico della Società Operaia. Documenti entro il 24 marzo p. v. al Presidente del Consorzio.

GRUGLIASCO (*Torino*). — Abitanti 3399. Seconda condotta pei poveri; L. 1400, più L. 200 per indennità alloggio. Scadenza 15 marzo.

LETINO (*Caserta*). — Medico per la generalità (ab. 1200); L. 3200 lorde di R. M., compreso le indennità di U. S., servizi inerenti e per la tenuta dell'a. Scad. pres. dei titoli 31 marzo.

LOMBIASCO (*Torino*). — Medico; L. 2300 cura poveri ed abbienti. Scad. 20 marzo.

MONTECICCARDO (*Pesaro*). — Condotta; ab. 2011. Stip. L. 3000 pei poveri, L. 1000 pei semiab-

bienti, L. 700 per cav., L. 100 per U. S.; casa d'abitazione gratuita; tre sessenni; assicurazione. Scadenza 15 marzo.

NOVARA. *R. Scuola di ostetricia.* — Medico assistente; età meno di 35 anni e assistentato per almeno 3 anni in una Clinica ostetrica o maternità. Tit. ed esame. Stip. L. 500. Scad. 31 marzo.

* ORVIETO (*Perugia*). — Concorso a 2 condotte medico chirurgiche nelle frazioni di *a*) Canale, Botto e Torre San Severo: L. 2800 lorde per poveri, L. 950 per abbienti, più L. 150 per arm. farm., L. 50 qualora il sanitario fornisca il locale e L. 700 per cav.; *b*) Corbaro: L. 2750 lorde cura poveri, L. 700 abbienti L. 150 per arm. farm., L. 50 se il sanitario fornisce locale. Per le due condotte 4 sessenni. Se rinunzia al congedo L. 240. Scad. 15 marzo.

PARMA. *Ospizi civili.* — È revocato il concorso a sei medici assitenti presso l'Ospedale Maggiore.

PECORARA VAL TIDONE (*Piacenza*). — Condotto; L. 3100 lorde e L. 100 U. S., L. 800 ind. cav. Scadenza 31 marzo.

PERSICETO (*Bologna*). — A tutto il 15 marzo. Riparto inferiore; residenziale; stip. L. 3000; assicurazione contro gli infortuni professionali; assegno per la cavalcatura obbligatoria L. 600.

POGGIODOMO (*Perugia*). — Unica condotta; lire 3750 lorde; due sess. Scad. 15 marzo.

POLVERICI (*Ancona*). — A tutto 30 marzo condotta; lorde L. 3000 pei poveri, L. 800 pei semiabbienti (fino al reddito di L. 4200) e L. 200 quale U. S., con tre sessenni, senza obbl. cav.; Ospedale e ambulatorio. Servizio entro 15 giorni.

POMPIANO-CORZANO (*Brescia*). — A tutto il 10 marzo; residenziale; L. 4000 con obbligo del mezzo di trasporto; tre aumenti sessennali di L. 350; agiati 1000.

POVIGLIO (*Reggio Emilia*). — Condotta L. 3000; indennità cav. L. 500, tre sess. Scad. 20 marzo.

SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Al 15 marzo: condotta pel 1° reparto (capoluogo); L. 3000 p. poveri, L. 700 p. gli abb., L. 300 per direzione stab. balneo-termali; L. 100 se U. S.;
condotta pel 3° reparto (fraz. di Palazzone); L. 3200 p. poveri; L. 700 p. abbienti, L. 100 gestione a f.;
al netto di cav., lorde, con tre sess.; assicur.

SAN LORENZO IN CAMPO (*Pesaro Urbino*). — Medico in S. Vito sul Cesano; semiresidenziale; L. 4150; assicur. (L. 10 al giorno per invalidità temporanea, L. 10.000 in caso di morte ai legittimi eredi e L. 15.000 all'infortunato in caso di invalidità permanente). Tre sess. Scad. 15 marzo.

SAN PANCRAZIO PARMENSE (*Parma*). — Seconda condotta in piano, circa kmq. 20; ab. sparsi 3000, dei quali circa 700 pov.; L. 3500 nette di R. M., lorde ritenuta C. P.; tre quinquenni del decimo; obbl. cavallo. Capitolato proposto dall'Associazione N. M. C. Scadenza 10 marzo.

SAN PIETRO VERNOTICO (*Lecce*). — 2ª e 3ª condotta, soli poveri (due terzi della popolazione); L. 3000 lorde. Scadenza 10 marzo.

SCHEGGIA-PASCELUPO (*Perugia*). — Seconda condotta (Pascelupo); L. 2200 p. poveri e L. 1000 p. gli abbienti, lorde; L. 600 pel mantenimento del cavallo, L. 200 indennità all., L. 100 gestione a. f. Scad. a tutto 31 marzo.

SCORTICATA (*Forlì*). — Condotto. Popolazione 1433. Servizio gratuito famiglie povere. L. 3500 lorde, oltre L. 150 quale U. S., con due sess. Serv. entro 15 giorni. Scad. 30 marzo.

* SILLAVENGO-LINDIONA (*Novara*). — Condotta consorziale; L. 5000 lorde. Capitolato visibile in Segreteria del Comune di Sillavengo. Popol. 2450. Scad. 20 marzo.

SPEZIA. *Ospedale « Vittorio Emanuele II ».* — Fino al 10 marzo concorso per titoli al posto di assistente di ostetricia e ginecologia; L. 2000 e due sessenni; partecipazione agli utili in ragione del 5 % sugli atti operativi agli abbienti. Chiedere copia dell'avviso all'Ufficio di segret.

SUZZARA (*Mantova*). — Cercasi aiuto medico-chirurgo per l'Ospedale. Stip. L. 2000 oltre proventi operazioni chirurgiche e ambulatori. Probabile nomina ufficiale sanitario. Inviare docum.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Condotta residenziale del Capoluogo; ab. 2700; poveri circa 450; stipendio L. 2500; due quinquenni; indennità cavalcatura L. 750; U. S., L. 200. Proventi professionali L. 3000. Esiste comodo quartiere libero pel medico. Scade 26 marzo.

TORRICE (*Roma*). Condotta generalità; ab. 4527 in 715 famiglie; ettari 1736; in due condotte; L. 1500 poveri, L. 1500 abbienti; sessenni. Età limite 40 anni. Scad. un mese dal 21 febbraio.

TORTONA (*Alessandria*). — Concorso medico chirurgico assistente Ospedale, L. 1098 lorde, piccolo alloggio, vitto a mezzogiorno, percentuale atti operativi abbienti, L. 300 annue indennità guardia nott. Età mass. anni 35. Scad. 10 marzo.

TUILI (*Cagliari*). — Il concorso per la nomina del medico è prorogato al 15 marzo p. v. Stipendio L. 3250 lorde; L. 250 per mese di licenza; L. 100 per a. f.; popolazione riunita 1300.

VARAZZE. *Ospedale.* — Concorso per titoli ai posti di primarî medico, chirurgo e oculista; assegno annuo non superiore alle L. 300; compartecipazione proventi Ambulatorio e tasse operazioni; età non superiore anni 50; anzianità laurea anni 5; obbligo al medico di recarsi all'Ospedale tutti i giorni, pel chirurgo 4 volte e per l'oculista due volte la settimana. Scadenza 20 giorni dal 17 febbraio.

VENEZIA. — A tutto 10 marzo concorso per titoli a medico comunale per i poveri nel 1° circondario (parrocchia di S. Pietro di Castello); L. 3000, aum. del decimo per tre quinquenni, lorde. Quando il numero delle famiglie povere assegnate al medico di circondario risulti, nella revisione annuale dell'elenco dei poveri, superiore a 500, verrà corrisposta al medico stesso un'aggiunta allo stipendio di lire 3 per ogni famiglia eccedente le 500.

VICENZA. *Ospitale Civile.* — Medico-chirurgo secondario. Scad. ore 16 del 10 marzo. Nomina e conferma biennali. Ufficio entro 10 giorni. Stipendio L. 1700 lorde, alloggio; L. 4 e vitto nei giorni di guardia.

* VILLAMIROGLIO (*Alessandria*). — Medico per cura pov. ed U. S.; lorde L. 1125. Scad. 20 marzo.

Zorlesco (*Milano*). — Generalità, approvato dalla Sezione Lodigiana M. C.; L. 3500; indennità mezzo di trasporto, senz'obbligo di cavallo, L. 300; per U. S. L. 100; il tutto netto da R. M. e con tre sessenni. Scadenza 17 marzo.

Medico trentottenne con certificati di ospedale e di condotta, accetterebbe interinato qualsiasi durata, possibilmente in pianura, a condizioni vantaggiose anche subito. Indirizzare offerte al Dottor Domenico Ugenti - Crespino di Rovigo.

Giovane medico chirurgo reduce terremoto cerca buon interinato. Dottor Grossi, via Vicenza n. 56, Roma.

Medico chirurgo cerca interinato convenienti condizioni, qualsiasi durata. Scrivere G. Girardi, Torreorsaia (Salerno).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Ci si comunica:

La sezione di Frosinone e Velletri diffida i seguenti concorsi:

Torrice, perchè condotta a cura piena, e stipendio insufficiente, e perchè gravosissima, dovendo il titolare della nuova condotta da solo disimpegnare il servizio di campagna, pel quale invece non è obbligato il titolare della prima condotta, che rimane col vecchio capitolato.

Norma, perchè il titolare dott. Ercole Zangrilli è stato licenziato unicamente per fine di biennio, per non fargli acquistare la stabilità, e perchè a cura piena, con stipendio insufficiente.

Il Presidente dott. G. B. Buglioni.

Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e quelli di offerte o ricerche di supplenze e di interinati.

Uffici di collocamento dell'A. N. M. C.

Agenzie generali:

Milano: Dott. Ferrero, via S. Marco, 46. — Roma: Dott. Giacomo Alciati, via S. Luigi dei Francesi, 12.

Agenzie sezionali:

Bologna: Sig. Enrico Ferri, piazza Galvani, Archiginnasio — Como: Dott. Giuseppe Patrizi, Villalbese — Firenze: Unione Sanitaria, via de' Ginori — Mantova: Dott. Vincenzo Orsi — Marche: « Gazzetta medica delle Marche », Portocivitanova — Padova: Associazione medici condotti, Ponte Molin (Casin Rosso, 2) — Siena: Via dei Termini, 13 — Udine: Dott. Italo Salvetti, Mortegliano — Toscana: Sig. Alfonso Rustici, via dei Pilastri, 15, Firenze.

Si rammenta di inviare la quota anticipata, che è di L. 2 per i soci in cerca di supplenti, L. 5 per i soci in cerca di interinati, L. 10 per i medici non soci ed i Comuni.

LETTERE DA PARIGI.

Ambulanze chirurgiche automobili per il servizio di guerra. — Chi scrive queste righe ha avuto la fortuna di poter visitare un servizio chirurgico automobile che ha reso dei grandi servizi all'esercito francese durante la presente campagna e che continuerà ancora a renderne sino alla fine delle ostilità. Il professore Ceccherelli, direttore della Clinica chirurgica dell'Università di Parma, presidente del locale Comitato della Croce Rossa, si è recato in Francia per studiare *de visu* il funzionamento dei servizi chirurgici dell'esercito, ed è appunto a una di queste visite che il vostro corrispondente ha assistito. Il professore Ceccherelli descriverà lungamente e in dettaglio i servizi da lui visitati, ma mi ha gentilmente autorizzato a gettare qualche interessante nota in proposito per il nostro giornale.

La « Sezione sanitaria » del dott. Marcille è destinata a offrire in prossimità della linea di fuoco una comoda sala d'operazione per i feriti gravi. Secondo il funzionamento dell'assistenza sanitaria delle truppe, il ferito riceve una prima medicatura sommaria sul campo di battaglia, o, come avviene da parecchi mesi, nella trincea, da un compagno o da un superiore, che si serve a tale scopo del pacchetto di medicatura individuale, quindi è trasportato 500 metri più indietro al primo posto di medicazione, ove è medicato dal medico reggimentale e trattenuto qualche tempo per essere poi inviato all'ambulanza divisionale. Quivi egli riceve una nuova medicatura, se necessaria, e se la ferita necessita un'operazione chirurgica, è inviato all'ospedale chirurgico di corpo d'armata ove ha luogo l'intervento operatorio.

Sovente accade che per mancanza di mezzi di trasporto o per l'ingombro delle linee di evacuazione i feriti arrivano all'ospedale troppo tardi per essere operati utilmente o perchè le ferite siano conservate asettiche. Da ciò la necessità di amputazioni di arti, l'apparire della cangrena gassosa e le altre complicazioni temibili per la vita dell'infermo.

Ad ovviare a questi inconvenienti provvede con successo la Sezione sanitaria che mi accingo a descrivere.

Essa si compone di un furgone principale e di tre altri furgoni automobili accessori, e di un certo numero di vetture automobili ordinarie da tourismo, il cui numero può variare secondo i bisogni.

Il medico capo dell'ambulanza sceglie una casa, possibilmente una scuola di villaggio o una casa di campagna che si trova a qualche

chilometro dal fronte e che costituirà il suo ospedale. Due furgoni accessorî portano 120 piccole brande a fusto di legno, con traversino sopraelevato, che ripiegate occupano uno spazio ristrettissimo, le coperte, i lenzuoli e 120 piccoli materassi. Un apparecchio a formolo disinfetta il locale nel quale il personale di servizio dispone rapidamente i letti. Intanto si avanza il furgone principale rimorchiato da uno dei furgoni automobili accessorî, costituente avantreno. Esso porta dei bracci all'esterno, su cui è disposta una grande tela da tenda e dei fusti di legno. Coi fusti e colla tela si forma un corridoio a pareti di tela, che immette a una porta della casa ospedale e che è lungo circa 5 metri, largo metri 1.50 e alto 2 metri; dall'altra parte il corridoio termina in una stanza di 6 metri su 6 di cui tre pareti sono formate di teli da tavole e la quarta, al fondo, dalla porzione posteriore del furgone. Il piancito del corridoio e della stanza è costituito da tavole smontabili.

La stanza e il corridoio sono formati da una doppia parete di tela impermeabile con uno spazio d'aria fra i due piani sufficiente a impedire il disperdimento del calore. La parte opposta al corridoio è munita a metà della sua altezza di una larga finestra costituita da un telaio di legno leggero su cui sono distesi dei fogli di mica. Nel mezzo vi è un letto di operazione in legno pieghevole, ricoperto di tela cerata, e da una parte un piccolo tavolo pieghevole per i ferri.

Il furgone, la cui parete posteriore serve a costituire una parete della stanza operatoria, porta sul dietro orizzontalmente un'autoclave di disinfezione cilindrica di m. 1.50 di lunghezza e cm. 80 di sezione, a chiusura ermetica per la sterilizzazione. Una caldaia, situata all'esterno della stanza operatoria, nella parte centrale del furgone di cui fa parte, manda il vapore nella camera di disinfezione e in un sistema di radiatori, situato sotto l'autoclave cilindrica, mediante i quali nella stanza operatoria a doppia parete di tela si ottiene una temperatura di 24 gradi, mentre la temperatura esterna è di parecchi gradi inferiore a zero.

L'autoclave di disinfezione riceve sei grandi vassoi, ognuno dei quali contiene una bacinella coi ferri necessari all'operazione, in acqua boricata, tamponi, cotone, bluse per i medici e gli assitenti, e tutto l'occorrente. In tal modo la stanza può funzionare senza arresto giorno e notte perchè l'assitente riempie il vassoio vuoto e lo rintroduce di nuovo nella autoclave quando uno ne è stato tolto. Il vapore circola in detta camera alla temperatura di 144 gradi, sufficiente alla sterilizzazione completa. Dei piccoli serbatoi laterali contengono l'acqua saponata con apertura del rubinetto a mezzo del gomito, costituita da un miscuglio di sapone e vapor d'acqua, per la toletta del chirurgo, altri ebollitori e serbatoi di acqua sterile, un apparecchio per sterilizzare i guanti di caoutchouc, ecc. La parte anteriore del furgone racchiude una piccola cabina in legno ove è un piccolo motore a benzina che aziona una dinamo capace di accendere le lampade elettriche necessarie ad illuminare la stanza operatoria di notte, e gli apparecchi per la radiografia.

Il furgone principale è trainato da uno dei furgoni automobili accessori che servono al trasporto del materiale ospitaliero, ma in caso di bisogno può anche essere trainato da cavalli. Il peso non supera le dieci tonnellate.

Per montare la tenda completa occorre un'ora. Tutta la sezione sanitaria può percorrere in caso di spostamento 100 chilometri al giorno.

Le vetture leggere da tourismo servono al trasporto dei malati. Esse si recano alle ambulanze divisionarie, o anche ai posti di medicazione, ove restano in permanenza, e non appena arriva un ferito grave, lo trasportano all'ospedale, ed è perciò che hanno ricevuto dall'inventore il nome di vetture tentacoli.

Esse servono anche a trasportare il ferito, sullo stesso letto-branda che ha servito ad ospitalizzarlo, negli ospedali di evacuazione fissi, non appena le condizioni dell'operato lo permettano, per lasciare libero il posto ad altri feriti.

La sezione ha due servizi chirurgici, ciascuno costituito da un chirurgo e due assistenti, e un medico di sala, più 24 infermieri. Per il trasporto del personale è adibito un omnibus automobile, di quelli che in tempo di pace servivano al trasporto dei parigini da un capo all'altro della metropoli.

Nei furgoni accessori trova posto una riserva di materiale da medicazione e da operazione; le disposizioni interne e il numero di tali furgoni possono naturalmente essere modificati secondo la necessità e le risorse del momento.

Il costo del furgone principale completo è di diecimila lire. Tanto per montare che per smontare l'ospedale un'ora è sufficiente. La sezione si è dimostrata sufficiente a compiere gli atti operatori sui feriti gravi provenienti da una fronte di 25 chilometri.

Le tele, le assi, le corde e tutto il materiale possono essere disinfettati sia a mezzo di soluzioni disinfettanti, sia a mezzo dell'autoclave. I risultati ottenuti sono stati tali che ora si pensa di accrescere il numero di queste sezioni sanitarie onde aumentarne le potenzialità.

Da questa breve descrizione è facile rilevare che malgrado i numerosi vantaggi offerti, la sezione sanitaria del dottor Marcille può presen-

tare qualche inconveniente, quale ad esempio la complessità del sistema, il numero dei carri necessari e delle persone adibite all'assistenza. Per provvedere l'esercito in campagna di un mezzo di assistenza che sia semplice e pratico, altri hanno pensato di rendere mobile soltanto quello che è essenziale e cioè il chirurgo, l'aiuto, l'infermiere, gli strumenti e il materiale operatorio.

L'automobile operatorio del dottor Abadie risponde a questo scopo. Esso si compone semplicemente di una vettura ordinaria a tre compartimenti: il primo per lo chauffeur, il secondo per il medico e l'assistente; il terzo compartimento comprende il materiale di sterilizzazione e cioè un'autoclave, un'autoclave orizzontale, una stufa secca, una marmitta ad acqua bollita, un ebollitore per istrumenti, uno per i guanti, uno sterilizzatore a formolo per spazzole. La sorgente calorifica è data la un fornello « primus » a petrolio. Tutto l'insieme è fissato a un'ossatura metallica che può scorrere su rotelle, o essere fissata al fondo dell'automobile. Alle parti sono fissate sei scatole semicilindriche a robinetto a gomito con acqua sterilizzata dall'autoclave, e da nove a dodici cassette con gli oggetti di medicatura e il resto.

All'esterno dell'automobile sono disposte quattro casse, contenenti un letto operatorio a X, pieghevole, una tavola da strumenti, un lavabo pieghevole, serbatoi per alcool e petrolio, ecc.

I fari dell'automobile, alimentati dalla dinamo annessa al motore, potranno servire a rischiarare la sala operatoria, munendoli di un cordone per il trasporto della corrente.

La spesa per una tale vettura chirurgica sarebbe di circa 20 mila franchi e permetterebbe di disporre di un chirurgo e di una completa camera operatoria per ogni ambulanza divisionaria ove fossero accolti feriti gravi e operabili.

Parigi, 8 febbraio 1915.

Dottor GOD.

Il fascicolo di marzo 1915 della nostra Sezione Chirurgica conterrà i seguenti lavori:

Dott. L. DURANTE. *Istopatologia del reinnesto cerebrale parziale.*

Dott. P. BASTIANELLI. *Osservazioni sopra un trauma grave sottocutaneo addominale.*

Dott. A. CHASSERINI. *L'iniezione d'alcool nei gangli spinali.*

NOTIZIE DIVERSE.

Un nuovo Istituto di pubblica beneficenza.

Per iniziativa dell'on. Salandra e dell'on. Celesia, il Ministero dell'interno sta studiando la costituzione di una Cassa centrale autonoma di beneficenza, da erigersi in ente morale, la quale dovrebbe avere lo scopo di sovvenire anzitutto alle deficenze dei bilanci ospitalieri del Regno ed ai bisogni dell'infanzia abbandonata, ed anche a quelle molte e varie necessità che pur troppo si manifestano con tanta dolorosa frequenza in Italia.

Non si è ancora precisato quali saranno in definitiva i cespiti con cui la Cassa suddetta sarà alimentata: certo è che si sta studiando un vasto programma di finanziamento, basato sopra nuovi cespiti di reddito fin qui non sfruttati dallo Stato, fra i quali varie forme di organizzazioni dalla prova di alcuna delle quali, fatta per iniziativa di Leonino Da Zara, la sottoscrizione per la flotta aerea e la Croce Rossa italiana, hanno già fruttato notevoli somme. La nuova Cassa inoltre si proporrebbe anche forme e propagande speciali, che riuscissero a fare affluire in essa le volontarie elargizioni della carità, sia *inter vivos* sia *mortis causa.*

La vaccinazione antitifica nell'Esercito.

Sono state pubblicate le norme esecutive per l'applicazione del decreto 3 gennaio sulla vaccinazione antitifica nell'esercito.

La vaccinazione è resa facoltativa soltanto per gli ufficiali, sottufficiali e militari di truppa che abbiano compiuto i 45 anni, nel qual caso l'ufficiale medico dovrà accertarsi dell'integrità delle funzioni renali e cardiache.

Sarà fatta eccezione, inoltre, per quelle persone che il medico vaccinatore riconoscerà doversi per ragioni speciali dispensare, ad esempio coloro che abbiano certamente già sofferto il tifo, o che siano già stati vaccinati nell'anno, o che siano affetti da febbri o malattie intercorrenti (malaria, influenza, angina, enterite, bronchite, ecc.).

Per il pane integrale.

La Commissione tecnica nominata il 12 genn. dal ministro degli interni nelle persone del sen. Paternò, del prof. Di Vestea, del prof. Loriga, dell'ing. Accarini e dell'ing. Biscarini « per dare esecuzione all'art. 6 del regio decreto 31 gennaio col quale il ministro degli interni, d'intesa con quello d'agricoltura, industria e commercio, fu autorizzato a stabilire norme obbligatorie per la panificazione e per la vendita della farina e del pane », ha terminata la prima parte del suo lavoro concernente lo studio di un tipo di pane che possa far risparmiare una notevole quantità di grano.

La relazione presentata sembra sia favorevole a un tipo di pane integrale.

Di essa si occuperà prossimamente il Consiglio dei ministri.

La Commissione, per esaurire la seconda parte del suo compito, per giudicare cioè sulla opportunità di consentire miscele di frumento con altre farine, tiene altre sedute.

Per una Federazione Nazionale degli Ospizi Marini.

Il prof. Attilio Curcio, direttore dell'Istituto ortopedico ed Ospizio marino Ravaschieri in Napoli, ha lanciato, in nome di un Comitato promotore, un appello affinchè venga costituita una Federazione nazionale degli ospizi marini. Egli osserva:

Queste opere benefiche, gloria italiana, vivono in Italia una esistenza insufficiente, stentata, poggiata quasi sempre su individuali benemerenze e sul concorso incerto della privata e pubblica beneficenza.

Le Istituzioni nostre, che a stenti oggi possono provvedere alle cure marine estive pei poveri bambini, debbono essere in grado di funzionare per tutto l'anno, utilizzando, anche per gli adulti, anche per gli infermi, le meravigliose risorse curative delle nostre incantevoli spiagge, che guarirebbero tanti infelici, abbandonati nei loro tugurî o nelle corsie di ospedali come « Depositi incurabili », costosi all'ospedale più di quanto costerebebro per la degenza nell'Ospizio marino, che invece ridarebbe loro in breve tempo la vita.

Conservando a ciascuna Opera la sua autonomia, è necessario unificare, per quanto sarà possibile, il loro indirizzo scientifico e caritatevole in relazione delle comuni finalità.

Dirigere le adesioni e la corrispondenza al « Comitato promotore della Federazione nazionale degli Ospizi marini » Napoli, Riviera di Chiaia n. 126.

Zone malariche.

Si sono pubblicati i RR. decreti coi quali viene revocata la dichiarazione di zona malarica nel territorio dei comuni di Gajnaldo (Avellino) e nel territorio di alcuni comuni della provincia di Padova.

Trasformazione di Opere pie.

Con recenti Decreti Reali si è autorizzata la trasformazione di parte del patrimonio di Confraternite locali a favore dell'Ospedale civile di Fabriano e degli Ospedali di Montecarotto (Ancona); a favore degli ammalati poveri di Sellano (Perugia) si devolverà parte del patrimonio di quelle Confraternite, concentrando il patrimonio stesso alla Congregazione di Carità.

La rubrica della beneficenza.

La Cassa di Risparmio di Rovigo ha erogato sugli utili netti del bilancio una cospicua somma, beneficando l'ospedale civile (6000 lire), la Casa di Ricovero e i luoghi pii riuniti (1500 lire), il Comitato per la cura marina dei bambini poveri (lire 10,000) ed altre istituzioni della città.

Il sig. Gaspare Salesi, morto in Ancona, ha lasciato il suo cospicuo patrimonio, che ascendeva a circa 600 mila lire, per l'istituzione di un ospedaletto per bambini.

La signora Lucia Mughini vedova Ugolini morta a Modigliana (Firenze) ha lasciato erede del suo patrimonio, circa 20,000 lire, l'Ospedale del luogo affinchè col capitale e coi frutti accumulati vi sia aggregato un padiglione per tubercolotici.

La sig.a Giuseppina Gatti, morta a Codogno (Milano), ha lasciato L. 100,000 in beneficenza, distribuendole fra l'Ospedale, la Congregazione di Carità e l'Asilo infantile del luogo.

Propaganda igienica.

A Modigliana (Firenze) per lodevole iniziativa del primario chirurgico dott. Carnelli e del suo assistente dott. Pianori si è istituito un corso pratico-teorico per l'assistenza ed il pronto soccorso (Scuola samaritana).

Il nuovo periodico « L'Igiene popolare » si propone di popolarizzare gli insegnamenti dell'igiene, rendendone pratica, in ogni parte, l'applicazione. Si pubblica mensilmente a Roma. È diretto dalla dottoressa Teresita Sandesky, ben nota ed apprezzata per la sua attività a favore della redenzione igienica e morale del popolo.

Assegnazione di premi.

L'Accademia di medicina di Parigi, che è la sezione medica dell'*Institut National de France,* dispone di 73 premi da assegnare ai cultori delle discipline mediche.

Nel 1914 cadeva l'assegnazione di 43 quote. Di esse 14 non poterono essere conferite, perchè mancavano lavori che rispondessero ai requisiti delle fondazioni. Così il premio Audriffred, il quale assegna un capitale corrispondente al reddito annuo di 24,000 franchi a chi scopra un rimedio sovrano contro la tubercolosi. Dei sei lavori concorrenti soltanto uno fu giudicato meritevole di un « incoraggiamento » di 1000 franchi.

Per la prima volta fu conferita una quota del premio Roussilhe; essa cade ogni tre anni ed importa 10,000 franchi ogni volta per « il più grande progresso nel trattamento o nella guarigione di malattie cutanee ». La competizione è internazionale. Il premio è spettato al prof. Gougerot di Parigi per i suoi lavori sulle malattie cutanee ed in specie sulla sporotricosi.

Un premio di 1000 franchi per « lo studente di medicina più meritevole », è toccato alla signorina Romme.

Tutti i premi, salvo sette, sono aperti agli stranieri. Ma il solo premio del 1914 che sia emigrato dalla Francia fu dato al prof. H. Fréréricq, dell'università di Liegi, per le sue ricerche sulla fisiologia comparata della circolazione; importa 1200 franchi.

L'Accademia dispone anche di un premio proprio, da essa istituito, di 1000 franchi all'anno; per il 1915 è offerto al miglior lavoro sul coma diabetico, per il 1916 concernerà l'emoglobinuria, per il 1917 la paralisi del nervo ricorrente.

Il « Bulletin de l'Acad. de Médecine » del 15 dicembre 1914 espone le condizioni ed i particolari di tutta la lista di premi offerti per il prossimo triennio.

L'Accademia delle Scienze di Parigi, su relazione del prof. Roux, direttore dell'Istituto Pasteur, ha conferito al prof. C. Gorini, della Scuola Superiore d'Agricoltura di Milano, un premio di fondazione Bellion per i suoi lavori sulla batteriologia lattiera, sui microbi patogeni, ecc., elogiando i metodi di studio.

Il Reale Istituto Lombardo di Scienze e lettere ha conferito il premio Fossati per il 1914, di lire 2000, al dottor Nello Beccari, dell'Istituto anatomico di Firenze, per i suoi lavori di anatomia ed embriologia.

Vittorie di colleghi.

Il prefetto di Girgenti ha revocato un precedente decreto col quale, ledendo i diritti acquisiti dal dott. Taglietti, ufficiale sanitario di Ribera, si bandiva un concorso a tale posto. Il dott. Taglietti esperì molti mezzi per ottenere giustizia. Il nuovo decreto equivale alla sua reintegrazione ed al pieno riconoscimento dei suoi diritti.

Ci siamo altra volta occupati della vertenza del dottor Severi Raffaele col comune di Venezia. Ora in seguito a sentenza del Consiglio di Stato favorevole al nostro collega, il Consiglio comunale di quella città lo ha nominato Ispettore dei servizi sanitari municipali.

Giubileo scientifico.

A Vienna è stato festeggiato il prof. I. Wagner R. von Jauregg, in occasione del 25° anniversario del suo insegnamento in psichiatria e neurologia.

Il prof. Anton Weichselbaum, ordinario di anatomia patologica a Vienna, ha testè compiuto e festeggiato il suo 70° anno.

Per un monumento ad Angelo Celli.

Nell'assemblea tenuta il 19 corr. la Società per gli studi della malaria, della quale il prof. Angelo Celli fu fondatore e mente animatrice e guidatrice, ha deliberato d'iniziare una sottoscrizione affinchè sia innalzato alla memoria di lui un monumento che ne perpetui il ricordo nel corso degli anni.

Essa ritiene che tale monumento debba sorgere nell'Agro romano, oggetto degli studi e delle cure più amorose di Angelo Celli, là ove egli ha redento uomini e terre dal flagello della malaria.

La Società si rivolge non soltanto ai suoi soci, ma agli scienziati, ai medici, ai proprietari e bonificatori di terre, agli agricoltori, ai maestri, a tutti coloro che di Angelo Celli ammirarono l'opera poderosa e la multiforme attività benefica.

Le oblazioni potranno essere inviate all'economo cassiere della Società, prof. Alessio Nazari, via Agostino Depretis 92, Roma.

Commemorazione di Giuseppe Cesari.

La Società medico-chirurgica di Modena ha consacrato una seduta straordinaria alla solenne commemorazione di Giuseppe Cesari ed all'inaugurazione del busto dello stesso, offerto al Sodalizio dal valente scultore concittadino Benito Boccolari.

Presiedeva il prof. G. Sperino. Siedevano al banco della presidenza l'intero Consiglio direttivo, il prof. Alessandro Coggi, rettore magnifico dell'Università, il dott. Francesco Generali, socio fondatore ed onorario. Erano presenti i soci e tutti i professori dell'Università; erano rappresentati i maggiori Istituti cittadini e presenti o rappresentante le Autorità. Si notavano numerosi autorevoli cittadini, numerosi amici e ammiratori del Commemorato, alcuni parenti ed il figlio dott. Luigi Cesari per la famiglia. Numerosissime le adesioni.

Aperta la seduta il Presidente pronunziò acconce parole di ringraziamento allo scultore ed a tutti gl'intervenuti e si rivolse in special modo al dott. Luigi Cesari di cui la gradita presenza nella sede del Sodalizio al solenne momento della commemorazione e dello scoprimento del busto, rendeva più commovente la cerimonia.

Il segretario dott. Gazzetti lesse le adesioni; indi ebbe la parola il prof. Carlo Levi per il discorso commemorativo, che fu vivamente applaudito.

Il dott. Luigi Cesari ringraziò commosso.

Il prof. Levi rivolse parole di encomio e di gratitudine allo scultore Benito Boccolari.

Ebbe infine la parola il socio fondatore dottor Francesco Generali, il quale ricordò le elette qualità di Giuseppe Cesari e le sue benemerenze verso la Società medico-chirurgica.

C. G.

Il tifo petecchiale in Austria.

Il dipartimento sanitario del Ministero dello Interno austro-ungarico comunica che dal 24 al 30 gennaio si ebbero nella Monarchia 767 casi denunziati di tifo petecchiale, dei quali 1 a Vienna. Salvo 1 caso, si tratta di individui tornati dal teatro della guerra o che hanno soggiornato nei campi di concentrazione.

Il colera in Austria.

Il dipartimento della sanità del Ministero dell'interno austro-ungarico annunzia che cinque casi di colera sono stati accertati a Josefstadt.

Licenziamento politico in Svizzera.

Il dott. Sauerbrück, primario nell'Ospedale cantonale di Zurigo, denunziava al Governo cantonale il proprio assistente dott. Freisz, perchè questi in una conversazione privata gli aveva espresso il proprio assenso ad una conferenza del poeta svizzero Carlo Spitteter sulla guerra. In questa conferenza veniva riprovata la condotta della Germania verso il Belgio e disapprovato l'atteggiamento degli intellettuali tedeschi.

Seguì la destituzione del dott. Freisz.

Gli altri assistenti fecero causa comune col collega e rassegnarono collettivamente le loro dimissioni, le quali furono accettate dal Governo.

L'incidente ha sollevato molto scalpore.

È morto ad appena 39 anni, vittima della scienza, il prof. **Stanislaus von Prowazek**, successore di Schaudinn nella direzione del reparto per lo studio dei protozoi all' « Institut fur Schiffs-und Tropenkhankheiten » di Amburgo. Era nato in Austria. Si era educato presso Ehrlich, Hertwig e Schaudinn.

Il suo nome rimarrà legato alle scoperte sulla nuova classe da lui creata dei clamidozoi. Negli ultimi tempi si era consacrato allo studio del tifo petecchiale; all'uopo aveva compiuto vari viaggi all'estero, insieme al dott. Da Rocha-Lima; ora soccombe vittima della malattia di cui stava occupandosi con passione e successo.

Si è spento a Firenze il prof. **Giuseppe Resinelli**, direttore di quella clinica ostetrico-ginecologica.

Era uno dei più reputati cultori italiani della specialità.

Rassegna della stampa medica.

Arch. di Farmac., n. 7. VALENTI: Azione della chinina sugli organi a tessuto linfoide.
Revista de Hyg. y de Tuberc., 31 ott. A. e A. MARY: I preparati salicilici nel trattamento della tubercolosi polmonare.
Pathologica, 1 nov. IZAR: Chemoterapia della infezione melitense. — RAMOINO: Alimentazioni incomplete.
Jahresk. f. ärztl. Fortb., nov. Oculistica; otorinolaringoiatria.
La Presse Méd., 12 nov. MOSSÉ e LAMARE: L'apparechio a estensione di Delbet. — TRIFONOFF: Gangrene gassose e geloni.
The Boston M. a. S. Journal, 12 nov. Numero sul cancro degli organi pelvici.
The Lancet, 14 nov. TIRARD: Sulla glicosuria. — GROVES: Le fratture da fucile. — STRICKLAND: La peste in Europa. — WESTMACOTT: Paralisi oculo-motoria d'origine otitica. — SWAN e JONES: Edema maligno da ferite di arma da fuoco.
The Journ. A. M. A., 14 nov. KNOPF: La tubercolosi come causa ed effetto di povertà. — HARRIS: Le iniezioni d'alcool nelle nevralgie. — SMITH, MADDLESON e BARRETT: Le tonsille come *habitat* delle endamebe orali.
Il Lavoro, 15 nov. VALLARDI: La colica saturnina recidiva.
Gazz. Med., It., 15 nov. RIVA-ROCCI: Per la profilassi della difterite.
Riv. Ospedaliera, 15 nov. SYMPA: La cutireazione alla tubercolina umana e bovina fino a 12 anni. — BIOCCA: La cura del morfinismo.
Bull. d. Sc. Med., nov. MONTANARI: Stenosi sperimentale dell'art. polmonare. — BIANCANI: Azione dei preparati salicilici sul rene.
Bollett. Chim.-Farm., nn. 11-18. LUCCHINI: Le tinture e gli estratti in terapia. — GRIMALDI e RAIMONDI: Avvelenamento acuto e letale da emanazioni di vernice. — CORRADI: Sulla determinazione dell'annacquamento del latte.
The Journ. of Med. Res., nov. GURD: Anafilassi ed immunità. — SOUTHARD e CANAVARI: Le lesioni renali alle autopsie nei soggetti psicopatici. — MAJORE: L'anatomia patologica del pancreas nel diabete.
Il Cesalpino, n. 18. MARIMÒ: Psichiatria forense o medicina legale delle infermità mentali?
Biochim. e Ter. sperim., ott. BORRINO: Sull'ultrafiltrazione del latte.
Cornell Univ. Med. Bull., lug. LUCK: Influenza dei cibi e dei loro prodotti di clivaggio sulla termogenesi. — MURLIN e BAILEY: Il metabolismo proteinico nella gravidanza. — WIGGERS: Funzione cardiaca e pressione del sangue. — DU BOIS: Il bisogno totale di energia nelle malattie.
Gl'Incurabili, 31 ott. DI LUZENBERGER: Le contrazioni elettriche multiple in terapia.
L'Ig. Sociale, 15 nov. FOÀ: La scuola all'aperto.
Münch. Med. Woch., 17 nov. LIER: Sulle cure abortive della sifilide. — CHILAIDITI: Cura dell'ipertricosi con i raggi X. — MASAY: Infezioni del feto. — *App.* HOCHHAUS e a.: Sulla terapia del tifo. — v. BAYER: Gambe artificiali — HOTZ: Ferite del sistema nervoso in guerra.
Proc. R. Soc. of Medicine, lug. GORGAI: La lotta contro le zanzare nel Panama. — THURSFIELD: Lo stato linfatico (discuss.). — D. e G. THOMPSON: Sulla coltura dei tessuti «in vitro».
Bull. J. Hopkins Hosp., nov. GOODPASTURE: Fibrinolisi nell'insufficienza epatica cronica. — MINOT: Metabolismo azotato nell'anemia perniciosa prima e dopo la splenectomia.
The Journ. of exper. Med., 1° nov. ROUS, FLEISHER e A.: Alimentazione e sviluppo dei carcinomi nel topo. — JOBLING e PETERSEN: I lipoidi quali inibitori dello shock anafilattico.
Wien. klin. Woch., 19 nov. RIEHL, SUCHANEK: Sui flemmoni e loro cura. — ARZT: Colera e vaccinazione anticolerosa.
La Rif. Med., 21 nov. FERRANNINI: L'azione dell'ossidasolo sui poteri di resistenza dell'organismo. — CRENIMON e ANGLESIO: Contributo sperimentale alla patogenesi dell'ulcera peptica.
Riv. crit. di Clin. Med., 21 nov. FABBRETTI e FELDMANN: Sindrome peduncolare (tipo Weber) con emiatetosi. — ANCONA: Dosaggio rapido dell'acido urico nell'urina.
Dermat. Woch., 21 nov. SCHUMACHER: Il salvarsan come sostanza colorante.
Berl. klin. Woch., 23 nov. MORGENROTH: La chemoterapia delle infezioni pneumococciche. — GORL: Castrazione coi raggi X.
Arch. f. Sch.-u. Tr.-Hygiene, n. 22. V. DER BRANDEN: Sul trattamento della tripanosi umana con salvarsan cuprico.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. Roma, 14 marzo 1915 Fasc. 11

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Premio ordinario agli associati, per il 1915.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Assistente nella R. Clinica Otoiatrica
e aiuto medico negli ospedali di ROMA

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Sarà un volume in formato tascabile di circa 800 pagine, nitidamente stampato, con molte figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso. È già in corso di stampa e sarà pronto alla fine di marzo 1915.

SOMMARIO: INTRODUZIONE. *Importanza dell'otorinolaringoiatria.* Intenti e confini moderni di questa branca. — I. NASO. Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia: Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame del naso. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. SENI O CAVITA ANNESSE AL NASO. IPOFISI. — II. BOCCA. FARINGE. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della faringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. ESOFAGO, TIROIDE E TIMO. — III. LARINGE E TRACHEA. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame della laringe. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. — IV. ORECCHIO. Sviluppo storico. Preliminari di anatomia, fisiologia e patologia generale. Esame dell'orecchio. Sintomatologia generale. Profilassi e terapia generale. Patologia e terapia speciale. Medicina legale e infortuni sul lavoro.

Avvertenza. **Per aver diritto al suddetto interessante volume, spedire *subito*, mediante Cartolina-vaglia indirizzata nominativamente al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, n. 46 - ROMA, l'importo d'abbonamento per l'anno 1915. (*)**

(*) *N. B.* Per le prescritte spese di affrancazione, raccomandazione, ecc., del volume di premio, unire all'importo d'abbonamento Cent. 50 se per l'Italia e Fr. uno se per l'Estero.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA.

Sul trattamento aperto delle ferite operatorie con la tintura di iodio

per il dott. MARCO PEZZOLO, chirurgo.

Il Leedham Green diede la dimostrazione che su una pelle disinfettata in modo che non siano più dimostrabili microbi, questi pullulano nuovamente non appena essa cominci a sudare e si ritrovano poi in copia tanto maggiore quanto più la secrezione sia stata profusa.

Il prof. Alcock delle Cliniche di Edimburgo partendo da questo e dal fatto che a parità di condizioni il sudore appare anzitutto sulle parti del corpo maggiormente coperte; considerando che i germi da esso portati alla superficie cutanea dovevano trovare ottimo terreno di cultura nel siero gemente da una eventuale ferita, dedusse «*essere già il comune uso delle medicazioni asettiche sulle ferite operatorie, dannoso*». Di conseguenza abolì nella sua Clinica tali medicazioni e adottò il trattamento aperto delle ferite stesse.

Per la sterilizzazione della pelle adoperò una soluzione di iodio in alcool metilico commerciale, perchè meno costoso dell'etilico, secondo

la formula: parti 2 di tintura iodica comune (farmacopea inglese) e parti 98 di alcool metilico.

Preparò gli operandi come di consueto. Il mattino dell'intervento, un'ora circa prima di esso, fece pulizia della regione con etere solforico e poi vi cosparse tintura di iodio preparata come sopra. Colla stessa una seconda pennellata la fece al momento di iniziare l'atto chirurgico, una terza appena finito questo. *Dopo l'operato veniva rimandato nel suo letto senza riparo nè medicazione alcuna sulla ferita.* Trascorse tre ore passava ancora tintura di iodio su di essa, e così pure faceva tutte le mattine successive fino alla terza giornata. Poi niente altro fino al giorno in cui toglieva i punti.

Un tale trattamento usò per ernie, laparotomie, plastiche perineali, ecc.; trovò che rispose bene, che era vantaggioso economicamente, e che toglieva all'operatore la noia del bruciore molesto delle congiuntive prodotto dai vapori della comune tintura etilica.

* * *

La semplicità del metodo ed il vantaggio economico da esso presentato, vantaggio che bisogna pur tenere presente per gli istituti pii, mi indussero nella idea di sperimentarlo nell'ospedale da me diretto. Prima volli però vedere se poteva dare realmente qualche affidamento.

Eseguii delle ricerche su pelle di cadaveri le quali, pur avendo dato risultati confortevoli tuttavia ritenni svoltesi in condizioni troppo differenti dalle normali. Ad esse accenno perchè mi persuasero della innocuità di una prova sul vivo come segue. Arrivai a convincere due degenti a cedermi un lembetto di cute. Fatta la rasura ed il bagno, il giorno successivo, previa pulizia coll'etere solforico, stesi per tre volte sulla regione scelta, alla distanza di mezz'ora una volta dall'altra, una soluzione di iodio in alcool metilico commerciale al tasso del 4 % invece che così leggero come Alcock. Ventiquattro ore dopo, senza modificarla in modo qualsiasi, tolsi ad uno da una coscia, all'altro dal torace, un piccolo tratto di cute che feci subito congelare e ridussi in sottili sezioni. Su queste eseguii la prova consigliata ai dottori Vigliani e Zaffiro dal prof. Spica per la dimostrazione dello iodio. Questa consiste nel passarle in una leggera soluzione di nitrito potassico acidificata con acido acetico, quindi in cloroformio. L'anidride nitrosa svoltasi dalla prima soluzione rende libero lo iodio se se ne trova. Esso poi si scioglie nel cloroformio che viene a impregnare il tessuto impartendogli una bella tinta lilla, da non confondere colla xantoproteica (giallo chiaro).

Poi le montai in glicerina.

Nelle sezioni esaminate il metalloide impregnava l'epidermide con differente intensità sì, ma diffusamente. Perdurando la presenza dello iodio per quelle ventiquattro prime ore argomentai perdurare anche la sua azione antimicrobica in modo sufficiente così da garantire una buona difesa della pelle stessa. Le ulteriori pennellature quotidiane fatte fino alla terza giornata (pur tenuto calcolo dell'assorbimento) avrebbero certamente sommato altra quantità di iodio a quella precedentemente rimasta, con evidente vantaggio per la disinfezione della pelle.

Passai allora a trattare qualche operato con questo metodo. Invero nelle prime prove che feci non smisi di fare la pennellatura colla tintura iodica che alla settima giornata. Più tardi, vista la inutilità di protrarle così lungamente mi limitai alla quarta o terza giornata, a seconda della entità dell'atto operativo, essendo già a tale epoca di per sè ermeticamente chiusa la ferita. Inoltre invece che la soluzione di Alcock usai sempre quella di iodio in alcool metilico commerciale al 4 %.

In epoche diverse operai pazienti:

1 con ernia strozzata inguinale; 24 con ernia inguinale semplice; 5 con ernia inguinale bilaterale; 6 con ernia crurale; 1 con orchite tubercolare (orchiectomia); 1 con cisti dermoide di una spalla; 2 con varicocele; 2 con prolasso dell'utero (ventrofissazione metodo Schwarz); 2 per laparotomia esplorativa; 1 con idrocele del testicolo destro; 1 con labbro leporino complicato; 1 con rene mobile destro; 3 con appendicite a freddo.

Prima e dopo l'operazione i pazienti usarono biancheria uscita dalla sterilizzatrice comune della lavanderia dell'ospitale.

Le prime volte coprivo le ferite con delle compresse sterili asciutte, senz'altro. Poi volendo esattamente giudicare del metodo abolii anche queste. Come di consueto ebbi la massima cura per l'asepsi durante l'atto operativo, curai molto l'emostasi, ed ebbi attenzione speciale per la sutura della pelle che è logico debba essere esattissima per chiudere rapidamente ed ermeticamente la ferita.

Ora, se questo metodo non vale per gli interventi dopo i quali si debba applicare una fognatura, o un drenaggio, o una fasciatura di sostegno, nella maggioranza dei casi dove ciò non occorre, come nei casi da me sopra elencati, esso risponde bene. Il risultato finale delle prove da me fatte non poteva essere migliore, il decorso delle ferite non più regolare.

È necessario che chi segue tale metodo faccia sorvegliare l'operato fino al completo risveglio se sottoposto all'anestesia generale affinchè, ancora inconscio, non maltratti colle

mani la ferita recente e dolorosa. Perciò gli si faranno tenere le mani sopra le coperte. Ma la sorveglianza dopo un atto operativo, e specialmente dopo una narcosi è pratica comune. Svegliato il malato impara assai bene a non toccare la regione operata: lo evita anche istintivamente.

I pazienti lasciati liberi, senza medicazioni, nè fasciature opprimenti il respiro assai spesso, ingombranti sempre, e se ultimate con fascie amidate non di rado dolorose, se ne risentono meno dell'operazione.

Anche l'uso dell'alcool metilico per preparare la titura iodica rappresenta un vantaggio. Delle tre qualità di questo alcool bisogna scegliere quello commerciale che è puro a sufficienza e contiene dall'1.5 al 2 % di acetone. Dalle ricerche di Loiacono pare dimostrata la maggior penetrazione e quindi la maggior efficacia delle soluzioni di iodio con l'aggiunta di questa sostanza. L'Alcock lo aveva scelto per il suo poco costo in confronto dell'etilico: ancora oggi nonostante il forte aumento subìto esso rappresenta una economia di quasi il 50 %: infatti costa circa 3 lire al kg. mentre l'etilico ne costa circa 6. Lo stesso Alcock gli attribuiva in confronto dell'etilico un altro *merito che realmente non ha,* cioè quello di non dare vapori irritanti per l'operatore! *In realtà le soluzioni devono essere preparate con questo alcool al momento dell'uso*: quelle un po' vecchie danno vapori insopportabili.

Il chirurgo trae dall'uso di questo metodo un sensibile risparmio di tempo potendo rimandare il paziente subito finito l'intervento. Nello stesso tempo avendo conservato in ottime condizioni le sue mani potrà passare rapidamente ad altra operazione.

L'istituto poi realizza una sensibile economia nella spesa, oltre che per il solvente dello iodio, anche per il materiale da medicazione.

Concludendo: la prova del trattamento aperto delle ferite operatorie colla tintura di iodio mi corrispose bene: si dimostrò pratica la sostituzione dell'alcool metilico commerciale all'etilico rettificato anche per ragioni scientifiche; inoltre il metodo appare di qualche vantaggio pel chirurgo e certamente economico per le Amministrazioni degli istituti.

BIBLIOGRAFIA.

ALCOCK. *La tintura di iodio nella medicazione delle ferite operatorie.* British med. Journ., 1912, e Bollettino delle clin., VII, 12.

LOJACONO. *Ricerche batteriologiche sulla applicabilità della tintura di iodio quale disinfettante della cute.* La Ginec. mod., n. 9, 1900.

VIGLIANI e ZAFFIRO. *Sul valore della sterilizzazione della cute colla tintura di iodio.* Rivista veneta di sc. med., settembre 1911 e seguenti.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Febbre tifoide e febbri paratifoidi.

(LANDOUZY. *Presse méd.*, 3 dic. 1914, n. 78).

L'A. è portato a riassumere brevemente e schematicamente la patologia delle febbri paratifoidi in rapporto alla febbre tifoide dal fatto che dal mese di settembre si sono manifestate nelle truppe combattenti in Francia specie nell'Est e nel Nord delle vere endemie tifose.

Storia ed etiologia. — Fino a circa 15 anni fa per la specificità del bacillo di Eberth, per l'andamento clinico caratteristico, per le lesioni anatomiche la febbre tifoide rappresentava il prototipo delle malattie infettive endemiche che si contraevano per ingestione. Ai sintomi clinici gli studi moderni aggiunsero una prova biologica di capitale importanza: la sieroreazione di Widal.

Si vide poi in quasi tutti i paesi di Europa e in parecchie contrade dell'Africa e dell'America che esistevano dei malati tifosi che presentavano una sintomatologia simile al tifo, ma che dovevano la loro infezione ad altri germi patogeni che appartengono allo stesso gruppo dei bacilli del tifo ma che hanno caratteri morfologici e biologici che permettono la loro differenziazione. Questi germi vennero nel 1896 da Achard e Bensaude denominati paratifi (πάρα, vicino).

Esiste adunque un gruppo familiare di microbi costituito da bacilli che hanno una individualità loro sia *in vivo,* sia *in vitro* di cui i principali sono:

Bacillo di Eberth, paratifo A, paratifo B, bacillo di Gaertner, *bacterium coli commune;* questi microbi presentano caratteri differenziali comuni ben definiti dalla batteriologia, infatti ricerche batteriologiche eseguite in Francia, specialmente fra le truppe combattenti hanno dato i seguenti risultati:

I. Prof. Vincent e Landouzy: su 15 soldati tifosi hanno trovato per mezzo delle emocolture 13 volte il bacillo di Eberth, 2 volte il paratifo B.

II. Prof. Vincent: *a*) su 8 osservazioni, 4 volte il bacillo di Eberth, 4 volte paratifo B; *b*) su altre 25 osservazioni, 3 volte il bacillo di Eberth, 22 volte il paratifo B.

III. In 3 osservazioni fatte all'ospedale Buffon, 2 volte si trovò bacillo di Eberth, 1 volta paratifo B.

Si desume da questa breve statistica che le febbri paratifoidi che erano considerate rare nella città in rapporto alla febbre da infezione

eberthiana, sono invece abbastanza comuni tra i combattenti.

Sintomatologia. — Non solamente la batteriologia definisce i caratteri morfologici e culturali dei paratifi, ma anche la sintomatologia delle febbri paratifoidi presenta dei caratteri che la fanno distinguere dalla descrizione sintomatologica classica della febbre tifoide eberthiana.

Su questi caratteri morfologici hanno richiamato l'attenzione Job, Roussel, Vincent. Il periodo prodromico è più breve nei paratifi che nella infezione eberthiana, manca di solito l'epistassi e il dolore alla nuca; lo stupore, la secchezza della lingua sono minori, la temperatura è meno alta, le oscillazioni meno regolari, essa finisce nei paratifi più spesso per lisi, la roseola incostante e la milza di solito meno ingrandita che nel tifo.

Nel paratifo è frequente l'*herpes labialis*, i brividi sono frequenti come il vomito e l'ittero. La diarrea si presenta precocemente e per giorni interi prima degli altri sintomi nel paratifo mentre nei tifosi eberthiani rappresenta un sintoma del periodo di stato. Le feci nei paratifi sono di consistenza variabile e non presentano l'aspetto particolare che hanno nella febbre eberthiana, esse non fanno sulla camicia e sulle pezze quelle macchie caratteristiche circondate da un alone più chiaro come un'aureola e che si hanno nel tifo.

L'*evoluzione* è meno ciclica e d'ordinario più breve nei paratifi.

Le *complicazioni* sembrano eccezionali specialmente l'emorragia e le perforazioni intestinali.

Prognosi. — Il prognostico sempre riservato nella febbre eberthiana è benigno nel paratifo.

Anatomia patologica. — Essa è scarsa è si limita a lesioni diffuse dell'ileo che non hanno nè l'aspetto, nè la sede delle placche di Payer.

Considerazioni cliniche, forme anomale di paratifi. — È necessario aggiungere che il bacillo di Eberth può qualche volta determinare una malattia breve e leggera e che d'altra parte i paratifi, specie il paratifo B, possono anche dare una sintomatologia grave quanto quella data dal bacillo di Eberth.

La moderna clinica fa supporre tuttavia che alcune forme descritte finora come *tifoidette* (tifo lieve), febbre mucosa, imbarazzo gastricofebbrile, forse sono da imputarsi ai bacilli paratifosi; alle quali malattie si devono forse aggiungere come dovuti alle stesse cause (paratifi): quei disturbi gastro-intestinali acuti che si esplicano con dolori addominali, vomito, diarrea, tenesmo e che simulano la dissenteria bacillare, come pure l'ittero subacuto febbrile benigno con splenomegalia ed anche le sindromi presentantisi in seguito ad intossicazioni alimentari dovute all'ingestione di gelati, di creme, di carni conservate, di salcicce, ecc. e che pure possono assumere una speciale gravità anche con sindrome coleriformi, con ipotermia, collasso e talvolta perfino con l'esito letale in due o tre giorni.

Gli studî ulteriori ci diranno quali di queste manifestazioni morbose sono da imputarsi certamente ai paratifi.

Diagnosi differenziale col tifo. — Essa è fondata sui sintomi ricordati e confermata dalla sieroreazione e dalle ricerche batteriologiche (emocoltura).

Sieroreazione. — Il siero tifoso agglutina *in vitro* una emulsione di bacilli di Eberth. Il siero di un paratifoso può agglutinare i bacilli di Eberth ma agglutina ad un tasso molto più elevato la sua propria specie patogena. Così il siero di un paratifoso può agglutinare nel rapporto di 1 a 50 il bacillo di Eberth e di 1 a 200, per es. il paratifo B. Preparando in varie provette piccole delle emulsioni di colture di tifo, di paratifo A, di paratifo B e aggiungendovi una goccia del siero del malato si può constatare bene anche ad occhio nudo se esiste o no agglutinazione. Se si ha un vaccino antitifoso si può a 2 cmc. di vaccino aggiungere una goccia del siero del malato e vedere se la agglutinazione macroscopica appare nel qual caso la sieroreazione è positiva. L'emocoltura può successivamente servire a far identificare meglio il germe e a studiarne i caratteri morfologici e colturali.

Cura. — Per la cura dei paratifosi come dei tifosi si possono usare come si sa da tutti gli antisettici intestinali, si usi il metodo balneare di Recamier Brandt specialmente nei casi con ipertermia oppure si facciano lozioni fredde, impacchi freddi, lavaggi con acqua bollita tiepida. Nelle forme con depressione si dia chinina, caffè, soluzione di adrenalina al millesimo, teobromina, iniezioni di olio canforato, di stricnina, di caffeina, specie contro l'astenia cardiovascolare. Lavaggi della bocca, cura della pelle, cambiamento frequente di biancheria, bevande frequenti, dietetica speciale, rappresentano le cosidette piccole cure che possono però evitare tristi conseguenze a carico del polmone, del cuore, del fegato, del sistema nervoso, dell'intestino.

Profilassi. — Si riassume in due principî comuni alla profilassi di tutte le infezioni:

1° distruzione dei germi patogeni;
2° immunizzazione degli individui.

Riguardo al primo principio si deve sopratutto ricordare che il contagio è raramente diretto per lo più è indiretto e probabilmente esercitato dalle mosche che si imbrattano colle loro zampe di feci tifose o di paratifosi e le de-

positano sui commestibili, così i germi del tifo e del paratifo vengono ingeriti. Si ricordi che le feci infette possono provenire da malati, da convalescenti o da portatori in buona salute. Si è osservata una coincidenza tra il numero straordinario di mosche e l'apparizione della diffusione del tifo.

L'*immunizzazione* degli individui ha dato buoni risultati sia clinici, sia sperimentali, e si ottiene per mezzo della iniezione di bacilli di Eberth attenuati. Si era tentata anche l'ingestione per bocca ma si è veduto che malgrado l'ingestione di notevoli quantità di bacilli di Eberth morti, gli individui sottoposti all'esperimento non hanno presentato affatto potere agglutinante nel siero. La vaccinazione antitifosa è obbligatoria nell'armata francese dal 1° ottobre 1914.

La vaccinazione per il bacillo di Eberth dà immunità solo e esclusivamente contro il bacillo di Eberth. Un caso di un infermiere studiato dal prof. Vincent che era stato vaccinato per il tifo e che contrasse un'infezione paratifosa A, ne è un esempio. Sarebbe quindi necessario fare per mezzo dei bacilli paratifosi un vaccino speciale per mezzo del quale si potesse immunizzare gli individui parallelamente all'immunizzazione col vaccino di bacilli di Eberth, si potrebbero anche mescolare i varî germi attenuati del tifo e del paratifo e fare un vaccino polivalente misto.

L'A. ritiene ciò sarebbe necessario anche a maggior sostegno della vaccinazione contro il tifo poichè egli pensa che in alcuni casi nei quali si ebbero infezioni tifose malgrado la pregressa vaccinazione, si doveva probabilmente trattare di infezione da *paratifi* sopravvenuta negli immunizzati per il tifo. La vaccinazione antitifosa ha dato da 5 anni splendidi risultati nelle armate giapponesi, americane, inglesi, francesi e italiane. L'A. ritiene che la vaccinazione antiparatifica unita alla vaccinazione antitifosa sarebbe un mezzo efficacissimo per impedire il dilagare della endemia manifestatasi tra le milizie combattenti in Francia.

ESCALAR.

CHIRURGIA.

Sul trattamento degli aneurismi.

(Prof. H. v. HABERER. *Wiener klinische Wochenschrift*, n. 46 e 48, 1914).

Gli aneurismi osservati in seguito a ferite ricevute in guerra sono costituiti da una sacca aneurismatica, comunicante per mezzo di un foro con l'interno del vaso; la loro parete è formata dagli strati esterni dell'ematoma seguìto alla ferita del vaso, dalle parti molli che lo circondavano e, quando l'aneurisma è durato un certo tempo, da tessuto connettivale neoformato. Essi rappresentano il tipo dell'aneurisma spurio. Se sono stati feriti insieme l'arteria e la vena, si possono formare sacche aneurismatiche arteriosovenose. Infine si possono formare degli aneurismi dissecanti se, per una semplice contusione della parete dell'arteria, si lacerano solo le tuniche intima e media. In tali casi la corrente sanguigna, con l'andar del tempo, può scollare l'avventizia per grandi estensioni: si costituisce così l'*aneurisma dissecans*.

È notevole che, specialmente se la lesione vascolare è piccola, il foro del vaso può a principio restare chiuso da un trombo, fatto sul quale va ricercata la spiegazione del perchè spesso l'aneurisma si sviluppa a poco a poco. Per questo motivo la diagnosi può essere impossibile durante un certo tempo e è bene trattenere a lungo in osservazione i feriti nelle regioni vascolari degli arti e del collo, anche se le ferite esterne sieno guarite rapidamente.

La diagnosi, quando è lesa un'arteria profonda e l'aneurisma è piccolo, non è affatto facile. Non dobbiamo attenderci un tumore aneurismatico manifesto, con pulsazione espansiva, la cui pulsazione scompare, se comprimiamo centralmente il tronco vascolare principale; anche i fenomeni ascoltatori possono mancare del tutto. Dobbiamo porre la massima attenzione alle conseguenze dell'aneurisma, le quali spesso compaiono prima che si manifesti la sacca. Questi segni concomitanti sono prima di tutto fenomeni nervosi e muscolari. Tanto i fenomeni irritativi che paralitici dei nervi, come le contratture muscolari, quando non abbiano una spiegazione certa, debbono farci pensare all'aneurisma. Così, in un caso, l'unico segno di un aneurisma dell'arteria ascellare era una paralisi isolata del nervo radiale, non altrimenti spiegabile; in un caso di aneurisma dell'arteria poplitea il primo segno che fece pensare all'aneurisma fu una contrattura del ginocchio. In altri casi furono fenomeni irritativi sensitivi quelli che aiutarono la diagnosi.

Un problema importante è decidere quando si debba operare un aneurisma. La risposta dipende da molte circostanze: prima di tutto occorre stabilire se è leso il tronco principale di un arto o se invece, come è possibile nell'avambraccio e nella gamba, è interessata una sola delle due arterie. In questo ultimo caso non abbiamo alcuna preoccupazione per la nutrizione dell'arto e dobbiamo intervenire quanto più presto è possibile. Se è interessato il tronco principale di un arto, come l'arteria ascellare, o la omerale, o la femorale prima dell'origine della

femorale profonda, allora è da discutere se non convenga attendere il tempo necessario allo sviluppo di un circolo collaterale.

L'assenza o la presenza del polso perifericamente all'aneurisma, se non esistono segni di disturbata nutrizione, non è un'indice sicuro della tollerabilità dell'operazione dell'aneurisma, poichè l'operazione turba le condizioni circolatorie in modo che non può essere in precedenza accertato. Però in genere, quando il polso manca alla periferia e la nutrizione è buona, potremo deciderci a operare prima che, se il polso, malgrado l'aneurisma, è conservato.

Lo stato dell'estremità, riguardo alla sua nutrizione, non è decisivo per stabilire il momento dell'intervento. Poichè, prima di tutto, alcuni disturbi nutritivi possono regredire dopo l'operazione e, in secondo luogo, alcuni sintomi possono spingerci a operare. Questi sono l'improvviso accrescimento dell'aneurisma, le gravi emorragie secondarie, le piccole emorragie che si ripetono cronicamente, la grave compressione di nervi importanti e finalmente il dolore, che può divenir così intenso da non poter essere calmato nemmeno dalla morfina.

Gli AA. che si sono occupati degli aneurismi nella seconda guerra balcanica (Frisch, Dilger e Meyer, Friedrich e Subbotich) consigliano di non attender molto prima di intervenire; tutti sono d'accordo che bisogna distinguere due grandi categorie di aneurismi: quelli infetti e quelli non infetti. Agli infetti bisogna ascrivere anche quei casi nei quali manca ogni segno generale di infezione e tutto si limita a una modica secrezione dei forami di ingresso o di uscita del proiettile. Questi casi *non debbono essere operati* fino a che non siamo costretti a farlo dalla gravità di alcuni sintomi precedentemente descritti. Occorre però notare che l'infezione favorisce le emorragie e lo stabilirsi di fenomeni nervosi per diffusione della flogosi ai nervi.

In tali casi l'intervento non consisterà senz'altro in operazioni demolitrici dirette ad arrestare l'infiammazione, ma si tratterà di associare la cura della flogosi con quella dell'aneurisma, cercando di conservare, per quanto è possibile, l'arto.

È bene ricordare che gli aneurismi infetti, rapidamente cresciuti possono simulare un ascesso e che per conseguenza, prima di incidere un ascesso in una regione vascolare attraversata da un proiettile, si deve pensare e prevedere questa possibilità.

Tra i metodi operatori da menzionare sono la legatura del vaso centralmente all'aneurisma, la legatura centrale e periferica con estirpazione oppure con semplice incisione e tamponamento del sacco e finalmente l'operazione ideale, con la quale si ricostituisce il vaso, dopo aver asportato il sacco. Il primo di questi metodi è il meno sicuro, perchè l'aneurisma può ricostituirsi per mezzo della circolazione collaterale.

Il secondo metodo è certamente radicale; si cercherà di estirpare il sacco, riservando l'incisione e il tamponamento per i casi infetti e per quelli nei quali l'estirpazione si presenta difficile e espone al pericolo di ledere organi vicini.

Il metodo ideale della sutura del vaso non può essere usato nei casi settici e disgraziatamente anche i casi asettici spesso non si prestano, perchè le pareti del vaso sono molto alterate. I trapianti di vasi sono finora di attecchimento così poco sicuro che il metodo non ha potuto ancora essere generalizzato.

L'A., durante l'attuale guerra europea, ha già avuto occasione di operare con processi obliterativi 13 aneurismi, dei quali 1 dell'arteria ascellare, 1 dell'arteria brachiale e 1 della radiale. Nell'estremità inferiore si trattava una volta dell'arteria femorale, 2 volte della poplitea, una volta delle arterie tibiale anteriore e posteriore insieme, 2 volte della tibiale anteriore e 3 volte della tibiale posteriore. Una volta si trattava di una lesione della carotide interna.

La parte destra del corpo fu colpita 10 volte e 3 la sinistra. In 5 casi l'aneurisma era artero-venoso, in 3 casi si trovarono gravi lesioni nervose con fenomeni di paralisi.

I malati furono operati 2-6 settimane dopo la lesione. Dei casi non infetti, furono operati 2 entro le prime 3 settimane e l'indicazione a sollecitare l'intervento fu data dai dolori. Gli altri casi non infetti furono operati dopo trascorse 5 settimane e in nessuno si ebbero a constatare disturbi nutritivi. Ciò è conforme al consiglio di v. Frisch che raccomanda di operare tra la quarta e la quinta settimana.

In 3 dei casi infetti si dovette operare appena dopo due settimane; solo nei rimanenti 2 casi si potè attendere la fine della quarta settimana. I dolori e il rapido accrescimento e le emorragie costringevano a operare. Malgrado la precocità dell'intervento non si osservarono che raramente disturbi nutritivi; fatto però spiegabile anche per la ragione che si trattò quasi sempre di arterie, la cui legatura di solito non reca disturbi. Una sola volta si ebbe a lamentare la gangrena della metà inferiore della gamba in un individuo che aveva un aneurisma infetto dell'arteria poplitea. L'infezione era così grave che fu discussa l'amputazione alta della coscia; ma il paziente vi si rifiutò. Alla fine della terza settimana un'emorragia costrinse a operare l'aneurisma. Data la gravità del caso, l'aver potuto conservare mezza gamba può ritenersi un risultato soddisfacente.

L'A. osserva che i risultati meno buoni tra gli aneurismi infetti si sono avuti in quelli operati tardivamente, per la ragione che la sepsi della sacca aneurismatica si fa risentire gravemente sullo stato generale e si propone per l'avvenire di operare più presto. Tanto più che è dubbio — e ciò vale tanto per gli aneurismi infetti, come per i non infetti — che una lunga attesa possa migliorare le condizioni del circolo collaterale; perchè la sacca aneurismatica, crescendo, comprime anche i vasi collaterali. Il buon risultato dipende più dalla tecnica dell'operazione che non dal tempo nel quale si opera. Occorre conservare il maggior numero possibile di vasi e per ben vederli è bene operare senza fascia d'Esmarch. L'ischemia facilita certamente l'operazione, ma rende meno esatta l'emostasi definitiva e ci espone al rischio di ledere, senza vederle, arterie che sarebbero molto utili al circolo collaterale.

Il pericolo dell'emorragia per rottura accidentale operatoria dell'aneurisma può esser diminuito dalla compressione digitale esercitata da un assistente sulla porzione centrale del vaso e dalla precauzione di scoprirla, per passarvi intorno un laccio che verrà stretto in caso di necessità.

All'A. si è presentato un solo caso nel quale abbia potuto eseguire una sutura circolare dell'arteria che aveva dato l'aneurisma.

Si trattava di un soldato di 25 anni ferito il 28 agosto 1914, il quale presentava un aneurisma arterioso-venoso non infetto, della regione sterno-mastoidea destra, grande come un uovo di oca. Il tumore era situato nella parte superiore del collo e, poichè mancava ogni segno di paresi controlaterale, si credette dipendesse da una ferita della carotide esterna.

All'operazione, eseguita il 26 ottobre, si trovò invece che era interessata la carotide comune a un centimetro dalla sua biforcazione. La giugulare interna era gravemente lesa e fu perciò prima legata e poi resecata insieme col tessuto connettivo vicino che formava una sacca di aneurisma spurio. Attraverso la sacca aneurismatica passavano i nervi vago e simpatico che dovettero essere resecati; essi avevano già presentato segni di compressione.

L'arteria apparve divisa circolarmente e i monconi distavano un dall'altro 15 mm., pur essendo ancora uniti da un sottile ponte di parete arteriosa del diametro di 1 mm. I margini della ferita del vaso erano così alterati che si dovettero resecare. Il difetto di continuità divenne allora di 3 cm. e rimase solo al lato interno un ponticello largo 1 mm. e lungo 3 cm. Mobilizzati i monconi del vaso e inclinando il capo, i margini della ferita furono potuti portare a contatto e cucire con 12 punti staccati. Tolti i klemmer di Höpfner, che erano stati precedentemente applicati, si ebbe una lieve emorragia dalla semicirconferenza anteriore della sutura. Allora il ponte di parete arteriosa che, dopo la sututra, era rimasto come un'ansa inutile, fu suturato nel punto che dava sangue e si ottenne un'emostasi perfetta. Intorno alla sutura fu applicato un lembo muscolare tolto dallo sternocleido mastoideo e infine la pelle fu suturata.

La ferita decorse regolarmente e il malato fu dimesso guarito il 16 novembre.

Per tutto il tempo durante il quale il malato fu tenuto in osservazione non si ebbe alcun motivo per supporre che fosse avvenuta una trombosi in corrispondenza della sutura.

Le ragioni per le quali è difficile poter applicare nella cura degli aneurismi la terapia ideale, che consiste nel ristabilire la continuità del vaso, sono la sepsi e i difetti spesso considerevoli che avvengono nella parete delle arterie. Certamente, non potendo eseguire la sutura diretta, si può trar giovamento dai processi autoplastici, trapiantando un pezzo di vena; ma i risultati, in tal modo finora ottenuti, sono poco soddisfacenti.

L'A. menziona il caso di Lexer morto, il caso di Krause morto, il caso di Enderlen guarito, il caso di Goecke morto, un secondo caso di Lexer guarito, il caso di Heule seguìto da necrosi parziale dell'arto, due casi di Omi con una guarigione e una morte per gangrena e i due casi di Prigle e Hogarth guariti.

Se si considera che le arterie operate appartenevano a quelle che possono esser legate senza pericolo, si deve riconoscere che la semplice estirpazione dell'aneurisma avrebbe dato risultati molto migliori.

La sutura delle arterie dà risultati più buoni e perciò è stata eseguita più spesso. Dalla statistica di Subbotich appare che su 105 casi, furono eseguite 89 legature (78 arterie e 11 vene) e 46 suture (30 arterie e 16 vene). Le 46 suture vascolari furono 26 volte parziali (15 arterie e 11 vene) e 20 volte circolari (15 arterie e 16 vene). Benchè la legatura sia stata eseguita quasi il doppio di volte dalla sutura, in questa statistica la percentuale delle suture è straordinariamente alta. Lotsch, Kirschner, Frisch, Colmers, Friedrich limitano molto l'indicazione alla sutura e affermano che la legatura dà risultati soddisfacenti. Dilger e Mauser giungono alla conclusione che la sutura può in generale essere ritenuta inutile. E infatti, come appare dalla letteratura, viene eseguita molto raramente per la cura degli aneurismi. Ad es., in un lavoro di Hesse sulle suture vascolari, ricco di ben 60 casi, se ne trova uno solo che riguardi

un aneurisma artero-venoso traumatico dei grossi vasi della coscia. L'operazione consistè nel distaccare l'arteria dalla vena e nel riparare la lesione di tutte due con suture laterali.

Un confronto tra i risultati della legatura e della sutura dei vasi incontra difficoltà per la sproporzione della quantità dei casi trattati. La statistica di Subbotich è però abbastanza numerosa per permettere di trarne qualche conclusione seria. Da essa vediamo che su 75 casi trattati con la legatura si ebbero 9 gangrene, 9 morti e 57 guarigioni. Su 30 casi trattati con la sutura vascolare si ebbero 3 morti, 5 volte la sutura non tenne e 21 guarirono e di 1 caso rimase incerto il risultato. Il metodo della legatura dette dunque il 12 % di morti e il 12 % di insuccessi, cioè il 24 % dei casi non rimasero guariti. Col metodo della sutura, si ebbe una mortalità del 10 % e non si ebbero buoni risultati nel 16.5 %; dunque il totale degli insuccessi fu del 26.5 %.

In conclusione il metodo della legatura ha dato finora i migliori risultati e, poichè rappresenta il processo più semplice, dovrebbe esser ritenuto come metodo di elezione in tutti quei casi nei quali non siamo obbligati a abbandonarlo.

G. EGIDI.

MEDICINA DI GUERRA.

Il flemmone in guerra.

(E. SUCHANCK. *Wiener klin. Woch.*, n. 47, 1914).

I principî sui quali è fondata la profilassi moderna contro le infezioni delle ferite da arma da fuoco in guerra sono:

1° occlusione sollecita con garza asettica del forame di ingresso del proiettile, senza sondare o tamponare il tragitto della ferita;

2° riposo dell'arto ferito e, se è possibile, riposo del ferito evitando ogni trasporto in cattive condizioni e di lunga durata.

I flemmoni osservati nella Clinica di Vienna riguardavano tutti feriti che erano stati per parecchi giorni in viaggio, senza esser medicati; oppure feriti nei quali erano stati tamponati i forami di ingresso e di uscita del proiettile. In quest'ultimo caso si è costantemente osservato che il tampone, invece di facilitare l'uscita della secrezione, la impedisce; e, quando viene tolto il tampone, si vede fluire del pus.

Su 103 flemmoni, non gassosi e non complicati da tetano, si fecero solo 4 amputazioni, ricorrendo a questo estremo rimedio solo quando la vita era in pericolo.

I feriti che possono stare a letto e con l'arto ferito in riposo e in posizione elevata mostrano, dopo uno o due giorni, un miglioramento dei fenomeni infiammatori locali e della febbre tanto che spesso, dopo questo breve periodo, l'incisione non è più necessaria.

Nelle ferite da arma da fuoco accompagnate da fratture ossee, l'ematoma e i frammenti ossei favoriscono l'attecchimento delle infezioni, così che i flemmoni sono frequenti. Siccome di solito vi sono spostamenti considerevoli dei monconi, è necessaria la trazione e questa viene eseguita secondo il processo di sospensione di Florschütz che è sembrato preferibile al processo di Bardenheuer, per la ragione che permette di cambiare la medicatura della ferita, senza spostare l'arto. Gli apparecchi gessati vengono eseguiti quando i fenomeni flogistici hanno migliorato o spontaneamente o in seguito a incisioni.

L'A. ha osservato in questa guerra, come già in quella balcanica, che i flemmoni consecutivi a ferite da arma da fuoco in guerra hanno la caratteristica di dar luogo a raccolte purulente talora enormi, che invadono tutto un segmento di un arto e talvolta quasi tutto l'arto stesso. In tali casi le incisioni ampie espongono al rischio di riuscir lesive di muscoli, nervi e vasi e, in secondo tempo, a disturbi dipendenti dalle cicatrici estese; è perciò importante saper ben scegliere un punto declive adatto alla corretta funzione dei drenaggi. Questi non debbono sporgere dalla pelle affinchè non corrano rischio di piegarsi e di cessar di funzionare.

I piccoli frammenti ossei, se sono quasi isolati, vengono estirpati; quelli più grandi vengono lasciati in posto, perchè si è osservato che essi sono quasi sempre in connessione con parti molli dalle quali vengono nutriti. La formazione del callo è possibile malgrado la suppurazione e i frammenti sono capaci di abbreviare il consolidamento, venendo a formare una specie di ponte tra i monconi.

Se rimangono delle pseudo-artrosi, la plastica ossea non deve essere eseguita che molto tempo dopo, quando ogni traccia di sepsi è scomparsa.

Tutte le operazioni vengono eseguite in *eterrausch* che è il più comodo e il meno pericoloso metodo di anestesia; l'anestesia locale sarebbe certo sufficiente in molti casi, ma essa è troppo complicata per poter trovar uso in chirurgia di guerra.

L'A. richiama l'attenzione sulle difficoltà del trattamento operatorio dei flemmoni, che richiede una pratica forse maggiore di quella necessaria alle grandi operazioni. Osserva giustamente che, poichè in tempo di guerra ogni medico si trova a dover curare dei flemmoni, la maggior par-

te dei medici, in particolare quelli che esercitano nelle grandi città e gli specialisti, si sono mostrati di una capacità inferiore a quella dei medici di campagna; vorrebbe perciò che fosse accolta la proposta di Clairmont, secondo la quale ogni medico, fin dal tempo di pace, seguisse dei corsi pratici sul trattamento delle ferite e delle infezioni di esse.

EGIDI.

STORIA DELLA MEDICINA.

A proposito del movimento antivaccinista.

Le polemiche dei medici del secolo XVIII secondo documenti inediti.

Oggi si ripetono, quasi con gli stessi argomenti, le discussioni che fervevano nel secolo XVIII durante le epidemie, fra i sostenitori e gli oppositori dell'inoculazione preventiva del vaiolo (*variolizzazione*). Noi abbiamo perduto il ricordo di ciò che fosse tal malattia per i nostri antenati di due secoli fa: la preoccupazione e sovente il tormento di tutta la vita. Nessuno sapeva sottrarvisi: «l'amore e il vaiolo non risparmiano alcuno» diceva lo Storch ai primi del 700, sino a che non s'era contratto, bisognava temerlo, sopratutto nel corso delle epidemie che si susseguivano senza tregua; soltanto coloro che l'avevano sofferto potevano restare tranquilli, fortunati se non ne erano sfigurati o ciechi. Il terrore era tale che moltissimi preferivano esporsi al morbo, cercando il contatto del vaioloso durante un'epidemia benigna o facendosi inoculare del pus di pustola vaiolosa. Si sceglieva un caso benigno, nella speranza di ricavare tutto il vantaggio da questa attenuazione e accadeva spesso che la malattia inoculata decorresse in modo più leggero che non nell'individuo datore del pus, conferendo una reale immunità.

Ma le cose non procedevano sempre così: a volte la virulenza si esacerbava bruscamente e uccideva il malato volontario. Esso inoltre — fatto più grave, perchè universale — diveniva contagioso, disseminando il morbo e la morte fra i congiunti e, ove fosse risparmiato, lo era a prezzo di un manifesto pericolo per quanti lo circondavano. Ma i nostri antenati si appagavano di sfuggire, a costo di tutto, al flagello che li decimava e si continuò nella pratica della variolizzazione, la quale faceva esclamare al Maty: «l'emancipazione degli schiavi dà una pallida imagine della liberazione che l'innesto largisce a un numero immenso d'individui che vivevano nel timore continuo dell'infezione vaiuolosa». Intanto i più illustri medici d'Europa si occupavano della questione, pro o contro; se ne interessavano i governi, interveniva con i suoi pareri il clero, e i più retrivi ostacolavano la variolizzazione perchè «contraria ai voleri di Dio!».

*
* *

Avendo ritrovato, per altre ragioni di studio, un carteggio inedito di Leopoldo Marcantonio Caldani, insigne anatomico a Bologna e a Padova, favorevole all'inoculazione, diretto a Giovanni Bianchi (Janus Plancus), contrario ad essa, ho ritenuto opportuno stralciare qualche passo, che ci riporta all'epoca in cui più vive erano le diatribe:

«Ella dunque ha scritto contro l'inoculazione del vaiolo. Buon pel povero dottor Menghini (medico nelle Marche, al quale era morto un ragazzo epilettico da lui innestato, in cui il male era scoppiato veemente dopo l'intervento) già morto pochi giorni sono di apoplessia, che altrimenti morirebbe adesso alla comparsa della di Lei lettera. I Lucchesi non la sentiranno così bene questa lettera, giacchè presso di loro si seguita ad inoculare il vaiolo» (da Bologna, 10 febbraio 1759).

«Sono curioso moltissimo di vedere la lettera di quel Sig. Conte Roncalli contro l'inoculazione del Vajuolo. Mi dicono alcuni intelligenti, che non si può scrivere cosa peggiore al mondo. Piena zeppa me la descrivono di sollecismi, ma questo è poco, soggiungono che l'assunto non è provato, che non v'è buon senso, nè condotta: che insomma la cosa è sì cattiva, che M.re Vicelegato Archetti pubblicamente protesta vergognarsi che il suddetto Sig. Conte Roncalli faccia il medico a Brescia, e faccia così poco onore non tanto a Brescia medesima, che a tutta l'Italia...

Per non nasconderle la verità, le dirò, ch'io pure ebbi mano in alcune inoculazioni fatte a Bologna, e come viddi riuscite felicemente, aveva deliberato di proseguire quel metodo d'innoculare presentandomene l'occasione; anzi sono anche disposto a farlo in prima congiuntura se non vedo ragioni tali che mi persuadano in contrario. Sino che i fatti stanno dalla parte dell'innoculazione mi pare che non si possa temere delle raggioni che addur possa quel Signor Conte Medico». (11 aprile 1759).

«Le rendo infinite grazie per l'estratto della lettera del Sig. Conte Roncalli gentilmente speditomi assieme colla pistola latina di V. S. Ill.ma sullo stesso argomento. Questa ho letto con sommo piacere ed ammirazione, come sono solito a fare dell'altre cose di V. S. Ill.ma. Di questa materia abbiamo parlato per lettera più

di una volta, ed Ella sa che siamo convenutti che l'innoculazione sia sicura quando sia fatta da Medico prudente in soggetto opportuno, onde null'altro resta a dire intorno a ciò; le dirò bene che se il Sig. Roncalli ha provato l'assunto con quelle ragioni esposte nell'estratto, da vero che non ha colpito al segno. Niente mi fanno impressione i casi poco felici accaduti nell'innoculazione, perchè penserei che non sono stati innestati que' fanciulli con tutte le cautele. Il Collegio de' Medici Bresciani sarà dottissimo, ma io temo che poco o nulla abbiano letto que' Medici intorno a questa materia, ed io so per esperienza cosa sono i medici Veneziani, e dello Stato Veneto. Il detto del signor Van Swieten niente prova contro l'innesto. Si suppone in quella lettera delle cose, a quel ch'io veggio, che non si possono supporre. Sul Bolognese certamente e su la Toscana ne muoiono più di otto per centinaia, e ne possono far fede i nostri Parrochi; degl'innestati a dovere difficilmente se ne trova uno per cento, e quel ch'è più, esaminati autenticamente i fatti, taluno è morto di malattia non punto suscitata del vaiuolo. Quello del Dottor Menghini morì d'Epilessia, che in lui era abituale, e morì sulla estrema declinazione del vaiolo. Quando V. S. Ill.ma vedrà comparire al pubblico co' nostri Atti dell'Accademia la dissertazione del Dottor Menghini, vedrà da' fatti che vi sono Medici che ne hanno innestato sino al numero di 400, o certamente di 300, eppure niuno è morto.

Questo sì, che sarebbe sciocchezza innestare in un paese, dove sempre il vaiolo fosse benigno. Circa il sottomettere ad una malattia chi forse non l'avrebbe, io posso dirle d'aver innestato due sorelle, ed una gli ha avuti, l'altra no. Nè mancan esempi d'altri innestati; a' quali il vaiuolo non esce, e quelli sicuramente non l'avranno mai più. Dal che pare, ed è comprovato con altre esperienze fuor delle mie, che l'innesto niente generi in chi non dee averlo. Del resto alle difficoltà fatte dal Sig. Conte Roncalli è stato risposto più d'una volta; ond'egli... forse ha avuto troppa fretta in stampare quella sua lettera, e perciò non ha letto tutto ciò che doveva leggersi in sì fatta materia.

Mi perdoni V. S. Ill.ma questo cicaleccio. Ella sa che sono di contraria opinione, e perciò non dee stupirsi se dico qualche cosa. Essendo noi convenuti che l'innesto fatto a dovere sia più sicuro assai del vaiuolo naturale, non debbo aggiunger altro » (2 giugno 1759).

« Passo all'innoculazione tanto contrariata da quel Sig. Roncalli (per quanto sento, giacchè io non ho quella sua dissertazione epistolare) il quale veramente ha soddisfatto assai poco quelli che l'hanno letta...; e posso assicurarla che in non poche conversazioni di persone letterate, anche estere, che non esercitano la Medicina, quella dissertazione è stata biasimata, e derisa al maggior segno, abbenchè il mondo si aspetti che da Giornalisti sarà magnificata, come alcuno l'ha già fatto... Le dirò bensì che almeno in Bologna, e ne' luoghi vicini, nelle influenze di vaiolo ne muoiono quasi la metà, laddove nel vaiuolo innestato a dovere si stenta a trovarne un morto fra mille, e se pur si trova sarà morto d'altro male o abituale o sopravvenuto per error di vitto. E quando dico innestato a dovere non intendo già che si debbano scegliere i soggetti opportuni così rigorosamente, che soltanto nelle persone sanissime debba farsi l'innesto; imperocchè se v'ha timore di qualche sudiciume nel fluido, si prepara un poco il corpo con un po' di purghetta, e con un po' di dieta precedente, che con questo mezzo l'azione riesce felice. Ma lasciando questo da parte; da' calcoli fatti egli è evidente che di mille persone, almeno 990 sono soggette al vaiuolo. Nell'epidemia non sono rari i vaiuoli confluenti, e maligni; e se questi attaccano i corpi impuri, è egli più facile che muoiano in questo caso, oppure nel caso in cui fossero innestati? Ogni sana ragione sembra favorire in questo caso l'innesto, purchè quì s'introduca una materia di vaiuolo benigno, laddove senza l'innesto quel corpo impuro viene attaccato da vaiuolo maligno. Presso di noi, torno a ripeterle, il vaiuolo fa gran stragi, e tutti i Medici nostri gradirebbero sommamente che alcuno insegnasse la maniera di medicare il vaiuolo naturale con quella felicità colla quale V. S. Ill.ma dice medicarsi da' Medici dotti e prudenti che hanno fortuna di guarirli quasi tutti, giacchè non glie ne muoiono che otto per cento. Almeno presso di noi e di molti altri il metodo comune e noto a tutti, è lontano assai da questa invidiabile felicità; e perciò desidererebbero cred'io ardentemente d'essere ammaestrati questi poveri Medici *mediocri, e quasi circonforanei* da que' gran Maestri rispettabilissimi, che fanno di miracoli così sorprendenti. Nè creda già che V. S. Ill.ma che qualcuno si riscaldi a diffondere l'innoculazione perchè con essa ne facciano bottega, mentre si può fare con sicurezza di non ingannarsi, una bellissima ritorsione d'argomento. Imperocchè se nelle influenze molti sono gli attaccati dal vaiuolo, e certamente non pochi da maligno, se il male è più grave; la malattia più lunga; maggiore la copia dell'infermi, tutte queste cose sono una bottega rispettabile per i Medici, che s'oppongono all'innesto; questo riesce assai più, e dirò anche del tutto, felice, non ricerca tanta assiduità nelle visite, tante operazioni di Cirusici; si è fatto e

si farà a Bologna per puro studio, senza alcuna mercede » (9 giugno 1759).

« Quel tale, com'Ella dice, Dottor Tissot aveva già da gran tempo scritto lungamente, e per giudizio di Parigini, molto dottamente intorno a questa materia. Se adesso vuol scrivere contro il Sig. Roncalli sarà forse o perchè questo signore non avrà soddisfatto al sig. Tissot, oppure perchè nella sua dissertazione farà vedere che non ha letto ciò che ne hanno scritto i Parigini, poichè quanto al Sig. Häen Medico Olandese che sta a Vienna nell'Ospedale di S. Lorenzo, il Sig. de la Condamine in una sua seconda memoria stampata in quest'anno ha risposto in guisa, che sembra aver soddisfatto al sudetto Sig. Häen, il quale fu forse cagione che il Sig. Van Swieten non promovesse l'innesto siccome aveva promesso, e quindi è noto il fondamento di quel *nondum inoculatio invaluit*.

A Londra si sono eretti Ospedali a questo fine; così a Gotha, nell'Annoverese, in Svezia, in Danimarca, e quasi nella Germania tutta; e la innoculazione va a meraviglia. I Parigini hanno spedito a bella posta un Medico a vedere i felici progressi dell'innoculazione a Londra, per la qual cosa il parlare adesso contro l'innoculazione sembra il voler singolarizzarsi coll'opporsi a quasi il mondo tutto. La dissertazione seconda del Sig. de la Condamine ha materia abbastanza per rispondere ai Fisici, ai Medici, ed ai Teologi, ed io, se volessi parlare più a lungo dell'innesto, non potrei che fare un estratto della suddetta dissertazione. V. S. Ill.ma sia intanto certa che non v'è bottega in questo metodo e torno a ripeterle che questa bottega è troppo patente, ed aperta per i fautori del vaiolo naturale. Non le rechi meraviglia che nè il Sig. Molinelli nè Monsignore Laurenti, essendo a Roma, ricercato del suo parere dal Sig. M.se Gio. Nicolò Tanara, rispose, che meravigliavasi come non s'introducesse un tale metodo a Bologna. Che se anche a questi non piacesse che importa? Il Boerhaave *de variolis*, se ben mi ricordo, disse, *insitio variolarum satis certa tutaque*. Il nostro Sig. Haller ha scritto a favore dell'innesto, ed ha innestato l'unica sua figlia con successo felicissimo. I signori Bernoulli a Basilea i propri figli, e molti altri: che più? V. S. Ill.ma sa, che falsa è l'asserzione del Signor Conte Roncalli del bando usato contro l'innesto a Berlino, ed io le dirò che il Signor Conte Algarotti mi ha mostrata una lettera, nella quale viene avvisato come il Sig. Conte Redern Maresciallo di Corte di S. M. Prussiana ha fatti innestare ultimamente i tre suoi figli, e che l'innesto, il progresso del vaiuolo, e l'avvenimento riusciti sono con tutta la felicità...

Anche sin dal principio ch'io studiavo Medicina m'insegnarono i Maestri miei che *quidquid recipitur ad modum recipientis recipitur*, pure il vaiuolo innestato non riesce giammai maligno; *experientia prior ratione*. Se V. S. Ill.ma si degnerà poi di ricercare come il vaiuolo naturale si medica a Bologna, ed altrove io sono sicuro che le sarà risposto che non si adoperano specifici all'uso degli Empirici; nè io chiedendo che alcuno ne insegni il metodo tanto felice nella cura del vaiuolo naturale mi sono inteso invero di chiedere uno specifico. Anche da noi si sa che i mali acuti non sono tutti di un genere, e che per ciò, secondo le circostanze, ora si cava sangue, or no; ora si prescrive una rigorosa dieta, or no; ora si concede un po' di vino, or no, e così seguendo. Ma con tutte queste belle avvertenze muoiono, come Le dissi, molti attaccati dal vaiuolo naturale, medicati ancora che siano dai Signori Laurenti, Molinelli, Melega, Azzoguidi, e da molti altri Medici assennati, e dotti e prudenti; che certamente non sono Empirici, ma sanno la Medicina quant'altri mai, e l'ànno esercitata e l'esercitano negli spedali continuamente ed hanno veduti forse, e medicati più vaiolosi di che possano averlo fatto altri medici.

A Londra ci sono certamente de' bravi pratici; eppure sono costretti a confessare che di nove vaiolosi naturali ne muoiono almeno due; e fu questa forse la spezial ragione che indusse gl'Inglesi dopo il contrasto di 30 anni ad abbracciare il metodo dell'innesto, ch'or si pratica ne'primari Prencipi, e Cavalieri dell'Europa, però con le necessarie avvertenze. Dissi con le necessarie avvertenze perchè riesca sempre felice, e non vi sia luogo di ridire su la supposta accusa dell'intemperanza.

Non fu error d'intemperanza l'insulto di Epilessia, per cui morì il primo innestato dal fu dott. Menghini, poichè l'Epilessia gli era abituale. Non fu error d'intemperanza quello che fece morire una di due giovinette innestate da un medico a Parigi, il quale innestò ad una di queste, che attualmente, se non erro, aveva i suoi mesi, per la qual cosa M.r Hosty predisse la morte, sebbene non conoscesse l'innestata. Ma io l'ho certamente annoiata di troppo... V. S. Ill.ma procuri di avere la seconda memoria del Sig. de la Condamine, e mi dica allora il parer suo; ch'io mi lusingo che ingenuo, e dottissimo com'Ella è non tarderà guari a confessare l'eccellenza del metodo dell'innesto;... che se mai tanti fatti, e prove che s'incontrano ad ogni passo nella suddetta memoria non bastassero a V. S. Ill'ma per rimoverla dalla prima opinione, basteranno certamente le autorità del Boerhaave, dell'Haller, de' Bernoulli, che, me-

dici di prima sfera, Ella diceva essere indifferenti per questa innoculazione, e che io ravviso per partigiani » (16 giugno 1759).

*
* *

I molti argomenti portati dal Caldani, dovevano far qualche presa sull'animo del suo contradittore; infatti riprende a scrivere:

« Ho piacere sommo che V. S. Ill.ma lodi gli Inglesi che hanno fatto uno spedale a solo fine di custodire gl'innestati di vaiuolo; e così verranno anche lodate tante altre nazioni, che su l'esempio degl'Inglesi hanno fatto lo stesso.

Qual veramente sia il metodo ultimo che si tiene nell'innestare non è così facile il dirlo, perchè varia secondo il parere de' Medici, che lo innestano. Quelle innoculazioni che si fecero a Bologna, le si fecero per mezzo di una puntura che si dava alla cute, per lo più nella parte interna, ed inferiore dell'omero, con un ago intinto da molti giorni, e da più di un mese ancora, in marcia di vaiuolo benigno. I Lucchesi tengono presente il metodo degl'Inglesi, che si riduce alle cose seguenti: Passano un filo di refe per mezzo di un vaiuolo benigno maturo. Conservano questo filo, che ha facoltà di comunicare il vaiuolo anche nello spazio di un anno. Fanno quindi alcune scarificazioni nella pelle e di un braccio, o d'altra parte, poi a queste scarificazioni applicano de' pezzetti di quel filo, fasciano la parte, ed aspettano la febre, la quale però non sempre arriva, poichè esce il vaiuolo talvolta senza febre sensibile. Che se la febre arriva, cominciano a medicare la ferita con digerenti, sino alla guarigione, che presto succede...

Più facile sembra il metodo della puntura, e più comodo, ed io mi appiglierei più tosto a quello.

Della maniera del Tronchin Medico di Ginevra, che innestò i figli del Duca d'Orleans, nulla so dirle. A noi non è giunta altr'opera sua. Si potrà sapere dal Sig. de la Condamine » (10 novembre 1759).

«A Padova ho saputo che il signor Berri Cirusico innestò l'unica sua figlia col mantenere sotto un'ascella un poco di cotone inzuppato in materia vaiolosa di ottima qualità. Uscì il vaiuolo benigno, e prestissimo. Questo sembra il metodo più comodo » (24 nov. 1759).

« Non è poi stato vero che il Sig. de la Condamine siasi innestato il vaiuolo. Egli sta bene e non ha giammai pensato a simil cosa. Si è saputo da lui il metodo tenutosi dal celebre Signor Tronchin di Ginevra. Applica egli la pasta o empiastro vescicatorio alle coscie, e sollevata la cuticola a guisa di vescica, passa attraverso di questa vescica un refe inzuppato in buona marcia vaiuolosa, e poi segue a medicare ne' giorni seguenti le piaghe come si fa ne' casi de' vescicanti. A me sembra, se ben mi ricordo, che somigli al metodo praticato in Firenze dal Sig. Targioni » (1° marzo 1760).

« Da noi il vaiuolo non si è ancor fatto vedere, ma forse in avvenire, secondo il solito, comparirà in scena; e credo vi saranno molti che faranno l'innesto. Il Targioni di Firenze ne ha innestato alcuni... ed ha promulgata l'istoria ed il metodo in un piccolo libretto... Le ultime opere uscite intorno a questa quistione si riducono a forti ragioni del Sig. Haën che sta in Vienna contro l'innesto; alle quali solamente... ha risposto il Sig. Tissot; e ad una decisione del Sig. Berti intorno la morale di questa operazione, asserendo che si può far senza scrupoli; e questa decisione forse si è quella che muoverà i nostri Cavalieri ad imitare i nobili Lucchesi, i quali confidano i loro figli a que'Medici per farli innestare » (8 marzo 1760).

«Arrivato in Bologna le prime nuove ch'io ebbi si furono del vaiuolo che faceva gran strage e che la fa anche tuttavia, sebbene con meno impeto. La morte della Contessa Ranuzzi della Casa D'Alsazia, e quella dell'unico figlio del Sen.re Grassi, hanno fatto un gran rumore. Presentemente è attaccato dal vaiuolo il figlio del Sig. Maresciallo Pallavicini. Sento però, che sia discreto, e già abbia scorso il pericoloso passo della febbre secondaria. Non si è tentato da alcuno l'innesto. Sono pentiti i Genitori a cui son morti i figli di non averli fatti innestare, ma con tutto questo niuno comanda che si faccia. Mi asserisce il Sig. Molinelli, che avendo letto sì egli che il Sig. Maresciallo Pallavicini l'ultim'opera del Sig. Tissot intitolata l'*Innoculation justifiée,* il detto Signor Maresciallo era risolutissimo d'innestarlo al figlio nel prossimo Settembre, se non vi era attaccato presentemente.

L'esempio de' Sovrani poteva egualmente sull'animo del Sig. Maresciallo, poichè novellamente con ottimo successo è stato innestato il Principe Reale di Danimarca.

Si pensa a Bologna di fare una Raccolta di quanto è stato scritto intorno ad una tal materia. Allora si potranno fare i dovuti esami e calcoli, e decidere con maggiore sicurezza di non errare » (9 agosto 1760).

Dovevano scorrere ancora vari lustri prima che Edoardo Jenner — il quale aveva allora solo 11 anni — facesse trionfare la vaccinazione.

GUGLIELMO BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 25 gennaio 1915.

Prof. R. CASSANELLO (Ospedale di Spezia). *Un caso di emorragia spontanea intraprostatica.* — L'O. riferisce la storia clinica di un individuo in cui si notava una notevole ipertrofia della prostata con ritenzione completa di urina e lievi movimenti febbrili. La cistotomia ipogastrica gli confermò la notevole ipertrofia prostatica specie nel lobo medio e gli permise di apprezzare un piccolo nodulo fluttuante: aggredì la prostata con incisione perineale e constatò fuoruscita dapprima di liquido nerastro, successivamente di liquido rossastro. Si limitò alla cistotomia soprobubica rimettendo la prostatectomia a tempo successivo. Dalla ferita operatoria si ebbe per una quindicina di giorni fuoriuscita di liquido ematico e di brandelli di tessuto prostatico. Intanto la prostata diminuiva progressivamente di volume per cui desistette dal praticare la prostatectomia. Si ebbe guarigione completa. L'O. ritiene che si tratti di un caso di emorragia intraprostatica e accetta riguardo alla patogenesi la ipotesi enunciata da Motz e Suarez i quali ammettono una abnorme proliferazione dei vasi sanguigni capillari, pur ritenendo che nel caso particolare si debba tener conto anche del fattore arteriosclerosi.

Dott. C. FORONI. *Nuovo dispositivo per l'esame oftalmoscopico.* — L'O. dopo aver accennato alla tecnica dell'esame oftalmoscopico presenta un nuovo dispositivo da lui ideato, enunciandone le varie pratiche utilizzazioni: si tratta di un dispositivo molto semplice, assai pratico e poco costoso.

Prof. V. MARAGLIANO (Istituto Radiologico). *Sopra un nuovo metodo di eccitazione dei tubi Roentgen.* — L'A. riferisce le esperienze istituite allo scopo di aumentare la penetrazione delle radiazioni e descrive il dispositivo ideato, illustrandone il funzionamento. Attribuisce l'accelerazione degli elettroni emanati dal polo negativo del tubo e la elevazione della penetrazione delle radiazioni alla possibilità di far passare nell'ampolla una quantità di elettricità prima accumulata sotto alto potenziale in una capacità, ed alla scarica brusca. L'A. afferma che finora il metodo non può avere applicazioni pratiche perchè la quantità di radiazioni è minima e perchè è difficile far funzionare un tubo duro in modo da ottenere raggi durissimi, ma nutre viva e fondata speranza di poterlo perfezionare in modo da ottenere lo scopo voluto.

Prof. A. CATTERINA (Istituto medicina operatoria). *Resezione del mascellare superiore per tumore maligno.* — L'O. riferisce la storia clinica di un'inferma che venne operata dallo specialista di tumore retrobulbare che recidivò dopo tre anni necessitando successivi interventi. Successivamente la paziente fu colpita da violenti dolori alla regione sinistra della faccia che andò progressivamente tumefacendosi: si verificò una abbondante rinorragia dopo la quale si ebbe l'ostruzione completa della narice sinistra. Venne intrapresa una cura con raggi X: ma il tumore andava sempre crescendo.

L'A. intervenne praticando l'anestesia locale e la legatura della carotide esterna sopra la tiroidea superiore. Descrive i vari tempi dell'atto operativo eseguito, in base al quale potè praticare l'estirpazione dell'osso, lo svuotamento delle fauci, dove pendevano grappoli di tumore, lo svuotamento dei seni frontali etmoidali e sfenoidali, l'asportazione del setto nasale osseo e cartilagineo. Come ultimo tempo, suturò la mucosa gengivale al palato molle e al lembo mucoperiosteo del duro e riunì labbro e guancia. Il decorso postoperatorio non fu complicato nè da emorragie secondarie nè da febbre. Furono necessari successivi interventi per togliere qualche nodulo recidivante. In oggi all'ottavo mese dall'atto operativo le condizioni della paziente sono tali che permettono di ritenere come soddisfacente il risultato ottenuto.

SEGALE.

Società lombarda di Scienze mediche e biologiche.

Seduta del 9 dicembre 1914.

CIOVINI M. *Leucociti circolanti per modificazioni dei gas del sangue, e ipofisi, capsule surrenali, tiroide, milza.* — L'A. applica la sua reazione leucocitaria (leucocitosi e polinucleosi neutrofila) da lui già valutata nelle modalità e nel significato biologico, e propria degli animali (cavia, ratto, cane) assoggettati a temporanea asfissia, allo studio di alcune glandole endocrine. L'animale impiegato fu la cavia, a cui le diverse ghiandole furono eliminate col metodo classico dell'estirpazione.

L'ablazione delle capsule surrenali sopprime del tutto la reazione leucocitaria al CO_2 (leucocitosi e polinucleosi, tale da invertire la formula emoleucocitaria — linfociti-polimorfi neutrofili — e da avere una ripercussione sul midollo osseo) sia quantitativamente che qualitativamen-

te. Il trauma operativo, nel mentre sia rispettata la ghiandola, non ha alcuna influenza nell'impedire che avvenga, in tutta la sua interezza, la reazione leucocitaria accennata, dovuta all'iperconcentrazione di CO_2 nel sangue. La sostituzione delle capsule surrenali soppresse con adrenalina trasfusa per le vene, fa ricomparire, allorchè agisca il CO_2, tutta la reazione leucocitaria, sia quantitativamente che qualitativamente.

La cavie ipofisectomizzate ed esposte al CO_2, non dànno aumenti numerici di leucociti circolanti. La formola, nonpertanto, risulta invertita ma la polinucleosi è alquanto meno accentuata. Le cavie ipofisectomizzate che al CO_2 reagiscono parzialmente con polinucleosi neutrofila, senza leucocitosi, inettate per le vene mediante ipofisina, ripresentano (leucocitosi e polinucleosi) la reazione propria degli animali normali o traumatizzati in una simulata estirpazione dell'ipofisi.

L'estirpazione delle tiroidi non modifica tangibilmente la nota reazione all'anidride carbonica. L'endotiroidina per le vene di cavie temporaneamente asfittiche, siano esse provviste o sprovviste di tiroidi, ne lascia invariata la reagibilità al CO_2.

In ambiente confinato le cavie smilzate reagiscono come i controlli; la leucocitosi degli animali con organo integro, è solo alquanto più accentuata. La formola è sempre invertita. Lo estratto splenico somministrato per le vene di cavie smilzate o non, resta senza effetto.

CIOVINI M. *Leucociti circolanti per modificazioni dei gas del sangue e sinergie funzionali di glandole endocrine.* — In questa serie di ricerche l'A. procedette, sempre nella cavia, a estirpazioni in vario modo associate di quegli stessi organi (ipofisi, capsule surrenali, tiroidi [milza]), già precedentemente studiati, ripromettendosi due ordini di risultati: 1° La riconferma della maggior dignità funzionale di una glandola dal prevalere degli effetti quantitativamente e qualitativamente caratteristici della sua mancanza sugli effetti della mancanza di altre glandole collateralmente soppresse, e già riconosciute, alla stregua delle estirpazioni isolate, siccome dotate di minore attività; 2° La possibilità di addurre prove a conferma di eventuali sinergie funzionali dal fatto che la soppressione di due determinate glandole endocrine, mettesse l'organismo in condizioni che nessuna delle due, isolatamente, riuscisse a dare.

La mancata funzione delle capsule surrenali, in confronto dell'ipofisi, delle tiroidi (della milza), è quella che nel modificare l'accennata reazione leucocitaria al CO_2, ha i massimi effetti sia isolatamente, sia in combinazione con altre estirpazioni, dove riesce a conservare tutto il suo predominio. Una funzione protettrice dell'organismo svolta dal paraganglio surrenale, durante l'iperconcetrazione di CO_2 nel sangue, e probabilmente anche in altre intossicazioni, si concreta in un'azione ormonale dell'adrenalina verso il midollo delle ossa. La funzione combinata dell'ipofisi e del corpo tiroide realizza durante l'avvelenamento da CO_2, un effetto che a nessuno dei due, nè ad altre combinazioni (ipofisi-milza; milza-tiroide), compete, e mette gli animali nelle stesse condizioni di quelli epinefrectomizzati. Sinergia esiste certo tra ipofisi e tiroide, capaci di reciproci compensi. Rapporti esistono con tutta probabilità, tra capsule surrenali e tiroide-ipofisi, le ultime due considerate insieme, in una loro sistemazione funzionale.

GALEAZZI R. *Sulla coxa valga.* — L'O. mette in evidenza l'importanza clinica del valgismo del collo, anomalia del collo femorale ancora molto oscura, di cui esiste soltanto nella letteratura qualche osservazione isolata.

Dopo avere rilevato come un certo grado di valgismo cervicale entri ancora nei limiti fisiologici il prof. Galeazzi enumera le condizioni patologiche dell'arto inferiore a cui si accompagna questo stato anatomico anormale del collo ed esprime sue opinioni personali sul meccanismo della sua produzione nelle varie forme.

Dopo aver accennato all'esistenza di una coxa valga che egli chiama funzionale l'O. descrive due casi di coxa valga primitiva essenziale, non accompagnati da altre manifestazioni morbose. Per riguardo all'eziologia di tali anomalie l'O. propende ad ammettere che il valgismo cervicale possa trovare la sua origine in un disturbo funzionale del processo di osteogenesi del capo femorale.

Descrive infine l'intervento operativo da lui ideato per guarire il vizio di forma. In entrambi i casi l'osteotomia a cerniera alla base del collo eseguita con tecnica speciale e con un trattamento consecutivo razionale, ha portato alla guarigione anatomica e funzionale.

Meritano di essere rilevati questi due casi che il prof. Galeazzi illustra con proiezioni dimostrative del risultato ottenuto, i primi sottoposti ad una cura chirurgica.

LAVERMICOCCA A. *Lassezza ligamentosa primitiva con deformità multiple congenite e statiche.* — L'A. presenta una bambina affetta da abnorme lassezza articolare congenita. Dopo averne rilevati i caratteri generali, richiama l'attenzione sulle deformità che si sono stabilite a carico degli arti inferiori, giacchè esiste la lussa-

zione congenita di ambo le anche e la lussazione delle ginocchia. Con numerose prove radiografiche, dimostra le alterazioni osteo-articolari determinatesi col carico.

Alla rarità del caso, va congiunto un paradossale adattamento statico del soggetto, che l'A. analizza insieme alla particolare meccanica della deambulazione.

D. CESA-BIANCHI.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Adunanza ordinaria del 21 dicembre 1914.

Presidenza: Prof. BARDUZZI, pres.

Prof. AMILCARE BIETTI. *Sull'importanza della formazione d'una cicatrice filtrante nelle operazioni antiglaucomatose.* — L'A. fa rilevare che la cicatrice sclerale filtrante non basta a spiegare il meccanismo d'azione dell'iridectomia nel glaucoma. Riconosce però che in taluni casi di glaucoma la formazione d'una cicatrice sclerale filtrante costituisce una condizione necessaria per la diminuzione della tensione oculare. Nella sua clinica ha impiegato i due processi operativi che più comunemente si raccomandano per ottenere la formazione d'una cicatrice sclerale filtrante, e cioè la sclerecto-iridectomia di Lagrange e la trapanazione della sclerotica di Elliot. Con entrambe ha ottenuti ottimi risultati.

Egli preferisce però la tapanazione di Elliot e presenta un ammalato operato con questo metodo, nel quale la cicatrice sclerale filtrante appare evidentissima.

Prof. DOMENICO TADDEI. *Di una voluminosa neoproduzione fibro-lipomatosa sotto-aponeurotica della coscia.* — L'O. illustra un caso di un tumore, estirpato con successo in rachianestesia novocainica, a un uomo di 37 anni, avente sede fra i muscoli della loggia posteriore della coscia sinistra. La massa pesava kg. 6.820.

L'O. ha raccolto 27 casi di lipomi intermuscolari della coscia; ma anche distinguendo quelli osteo-periostei, quelli muscolari, ecc., nessuno presentava le caratteristiche chimiche ed istologiche del caso presente.

I fatti clinici più interessanti erano questi: Il tumore era sorto dopo la puntura di un insetto: negli ultimi mesi si aveva avuto un rapido aumento (dopo un lento accrescimento per 4 anni e mezzo) con dimagramento generale e febbre serotina, che sparì coll'estirpazione del tumore. Esisteva leucocitosi mononucleare e spiccatissima cuti-reazione alla tubercolina

I reperti istologici più salienti sono: presenza di tessuto fibro-lipomatoso con spiccate e diffuse note infiammatorie (infiltrazioni parvicellulari, presenza di mastzellen, cellule pigmentifere, globulifere, cellule epitelioidi, cellule giganti): presenza di tronchi nervosi: evidente trasformazione del tessuto fibroso in adiposo. La neoproduzione era originata dal connettivo cellulo-adiposo tra il muscolo bicipite da un lato ed il muscolo semimembranoso e semitendinoso dall'altro.

L'O. discute le numerose teorie esposte per la genesi dei lipomi: ritiene che i rami nervosi fossero rami del piccolo sciatico inglobati dalla neoproduzione, la quale, più che un tumore, si deve considrare come una enorme iperplasia fibro-adiposa di natura infiammatoria.

Negative furono le ricerche per mettere in evidenza un elemento microbico ed in particolare per il bacillo di Koch.

L'O. dopo avere discussa l'importanza, che può avere avuto la puntura dell'insetto, in seguito a cui si erano avuti per quanto passeggieri fatti locali immediati notevoli tossici o infettivi (tumefazione, arrossamento, ecc.), ritiene impossibile di poter sistematizzare queste produzioni morbose rare, in gran parte insufficientemente studiate e considerate sulla base dei più svariati concetti patogenetici.

Prof. SILVIO PORTA. *Di un caso di mielocistocele cervicale. Contributo allo studio della spina bifida cistica.* — Esposto sinteticamente lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla spina bifida cistica, l'O. riferisce un'osservazione personale riguardante un bimbo di 27 giorni.

La spina bifida a sede cervicale pei caratteri clinici (base d'impianto, aspetto della cute, trasparenza, fruttuazione, assenza di disturbi di senso e di moto e di altre deformità concomitanti) e per quelli risultati all'intervento (sottile peduncolo, apertura rachidiana piccola, midollo contenuto normalmente nello speco, lucentezza della parete interna della cisti, contenuto esclusivamente liquido) fu giudicata un *meningocele.*

L'escissione cuenta del tumore è stata seguita da guarigione senza complicanze o per idrocefalo o per paralisi di senso o di moto.

Il reperto microscopico ha dimostrato la presenza nella faccia di un sottile strato di tessuto nervoso intimamente aderente ad uno strato connettivale soprastante che non è possibile identificare con una qualunque delle meningi, dimostrando trattarsi invece di un *miclocistocele.*

L'O. conclude che: 1. La diagnosi di certe forme di spina bifida desunta dai dati clinici e dal reperto bioscopico non può essere posta che in linea di probabilità. Solo l'esame microscopico può permettere una diagnosi sicura. 2. Il mielo-

cistocele è una forma di spina bifida operabile con speranza di buon successo, specialmente in quei casi in cui i suoi caratteri clinici ed anatomopatologici macroscopici lo fanno confondere col meningocele. 3. Più dell'età sono condizioni propizie per il successo operatorio: il buono stato di nutrizione generale, l'assenza d'idrocefalo, la mancanza di disturbi nervosi di senso o di moto. 4. Le ulcerazioni e le abrasioni della cute che riveste il tumore sono indicazioni ad un precoce intervento. 5. L'escissione cruenta del mielocistocele regolata da una buona tecnica poco traumatizzante ed eseguita con una giusta rapidità è l'unico processo operativo da porsi in discussione. 6. La chiusura delle meningi, la sutura dei tessuti aponeurotici attorno alla apertura rachidiana, del cellulare sottocutaneo e della cute sono sufficienti, quando l'apertura del rachide non è molto ampia, ad impedire la recidiva. 7. Per quanto concerne il modo di comportarsi delle meningi a livello della forma di spina bifida da noi illustrata sarebbe arbitrario da parte nostra l'identificazione dello strato connettivale sovrapposto ai resti di tessuto nervoso, con una qualunque delle meningi. 8. Tenendo conto che molte forme di spine bifide s'iniziano assai precocemente nello sviluppo e che la differenziazione delle diverse meningi è un fenomeno relativamente tardivo, non è arrischiata l'ipòtesi che la precocità della malformazione possa più o meno gravemente disturbare il processo normale di sviluppo delle meningi, il cui abbozzo non solo non si evolverebbe completamente ma anzi subirebbe una deviazione tale di sviluppo da non permettere più in esso come di norma la distinzione dei tre strati sovrapposti.

Prof. SILVIO PORTA. *Stomaco biloculato da stenosi cicatriziale mediogastrica. Diagnosi radiologica. Intervento chirurgico. Guarigione.* — L'O. ricordando le difficoltà della diagnosi clinica della biloculazione gastrica insiste sui vantaggi della radioscopia, come mezzo diagnostico.

Da una buona interpretazione dello schermo in confronto ai sintomi clinici è possibile distinguerle biloculazioni dello stomaco da cause estragastriche, da spasmo o da vere alterazioni anatomiche e mostra diverse radiografie in proposito eseguite all'Istituto Senese di terapia fisica diretto dal prof. Bordoni.

La causa principale delle biloculazioni anatomiche dello stomaco è l'ulcera: se ne osservano però anche in seguito a tubercolosi, a sifilide, a cancro.

Illustra un caso di stomaco biloculato per forte stenosi mediogastrica, senza stenosi pilorica, dovuta ad ulcera cicatriziale. La radiografia e meglio la radioscopia permisero di completare la diagnosi.

L'O. eseguì la gastro-enterostomia posteriore verticale sulla saccoccia superiore in vicinanza della piccola curvatura. La scomparsa dei dolori, il notevole aumento di peso, la buona ematosi ed il benessere dell'inferma, a sette mesi dallo intervento, permettono di dichiararla guarita. La radioscopia praticata alcuni giorni sono ha permesso di constatare l'ottima funzionabilità dello stomaco. Una piccola parte del liquido passa attraverso alla stenosi ancora nella saccoccia inferiore, ma l'assenza di stenosi pilorica (controllata agli esami radioscopici anteriori all'intervento) e le valide contrazioni della parete gastrica della seconda saccoccia ne svuotano con rapidità la scarso contenuto.

Dott. BELLUCCI G. e NASSETTI F. *Esperienze di esclusione della trachea.* — Lo scopo di queste esperienze era di indagare se era possibile, stabilendo una fistola bronchiale, escludere la funzione della trachea. Furono compiute in cani e in conigli con due procedimenti di tecnica differenti: 1. Via transpleurica e innesto di una cannula a T nel bronco principale. 2. Via transpleurica e innesto di una semplice cannula attraverso il parenchima polmonare. Nell'uno e nell'altro si usò nel cane la respirazione alla Meltzer. Esperienze di controllo furon compiute per via extrapleurica sostituendo alla trachea una cannula avente un lume eguale a quello della cannula adoperata per il bronco.

La mortalità che si ebbe degli animali fu grande per un complesso di fattori inerenti in parte alle difficoltà operatorie, in parte alla facilissima infezione della pleura nei cani ed in parte all'insufficienza del lume della cannula. Sulla tecnica operatoria e sulle considerazioni chirurgiche parla Nassetti, il quale presenta un cane che respira attraverso una cannula innestata nel bronco sinistro; intorno alle considerazioni fisiologiche riferisce Bellucci, il quale presenta una serie di penumogrammi.

FORNERO. *Adenocarcinoma del corpo uterino consociato a mioma dell'istmo.* (Dimostrazione di preparati). — I due tumori sono intimamente uniti l'uno all'altro, dacchè da una vera capsula avvolgente dell'adenocarcinoma del corpo si vedono dipartirsi lateralmente fibro-cellule connettivali, che si addossano a guisa di ponte per un tratto, per poi dividersi in due fascie e venire a costituire la capsula al tumore istmico. A questa intimità istologica dei due tumori si deve riconoscere una comunità istogenetica.

Infatti nel nodo miomatoso istmico si trova in un punto prossimale alla biforcazione del ponte un cumulo epiteliale. È lecito pensare che la derivazione di questo epitelio corrisponda ad una invaginazione della mucosa uterina durante

il periodo d'involuzione fetale, che poi le fibrocellule della parete proliferando tutt'attorno alla sacca invaginata abbiano contribuito all'esclusione della parte distale di essa dalla parete uterina, costituendo così un nodo istmico sottoperitoneale, mentre la parte prossimale della sacca viene a costituire il ponte di unione fra i due tumori.

Da ultimo poi, avendo osservato nel contesto del nodo istmico fibrocellule muscolari in divisione diretta, richiamo di nuovo alla mente che nella costituzione della porzione miomatosa non si può disconoscere un'attività formativa del tessuto connettivo e muscolare, avendo io in altri adenomiomi osservato invece la cariocinesi del connettivo e del tessuto muscolare.

LUNGHETTI. Riferisce sul *reperto anatomico di due casi di infezione paratifica* (paratifo B) verificatisi in due donne, madre e figlia (rispettivamente di 40 e 12 anni) decesse dopo un periodo di malattia prolungatosi nell'una per 15, nell'altra per 7 giorni, e svoltosi in modo assai tipico.

In ambedue i casi l'autopsia dimostrò uno stato catarrale diffuso del tenue ed ancor più del grosso intestino. Solo nella figlia fu possibile notare qualche placca di Peyer leggermente rigonfia, e nella madre l'esistenza di due o tre piccole ulceri puntiformi superficiali lungo il colon.

Le ghiandole mesenteriche apparvero rigonfie e arrossate, specie nella figlia, nella quale una raggiungeva il volume di un uovo di piccione.

Nella madre si notò inoltre degenerazione grassa del fegato, risentimento acuto del rene, lieve tumore di milza. In ambedue i casi fu riscontrata anche una leggera congestione cerebrale con modico edema.

Al microscopio, nella figlia, oltre le note di una entero-colite catarrale diffusa, si riscontrò come nel crasso le cripte di Lieberkühn fossero piene di abbondanti polimorfî, e come tanto nelle placche di Peyer che nelle ghiandole mesenteriche, fortemente congeste, fossero quasi completamente scomparsi i follicoli e i centri germinativi in seguito a una ricca infiltrazione di elementi cellulari di varia natura: in qualche ganglio si notò riduzione accentuata del tessuto linfoide per la comparsa di un gran numero di grosse cellule in gran parte necrotiche. Nella milza si notò forte dilatazione dei seni venosi e intenso risentimento degli endoteli; nel fegato intensa infiltrazione cellulare degli spazi portobiliari.

Nella madre, eccettuata la profonda degenerazione grassa del fegato (interessante uniformemente le varie parti dei lobuli) e una forte degenerazione con desquamazione dell'epitelio dei glomeruli e dei tubuli contorti del rene, non si riscontrò che un lieve stato infiammatorio diffuso dell'intestino e delle ghiandole linfatiche relative.

Questi due casi, interessanti anche dal punto di vista epidemiologico, in quanto nella casa, ove le donne abitavano, morì contemporaneamente e coi medesimi sintomi un altro bambino, confermano l'atipia e la variabilità del reperto anatomico dei paratifi, spiegabile nel caso in questione in parte col diverso stadio della malattia, in parte colla differente età delle donne.

V. MARTINI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del novembre 1914.

Presidenza: A. BENNATI.

MINERBI e VECCHIATI. *La fissazione dei preparati microscopici di sedimento urinario mercè l'impregnazione di siero di sangue umano. Colorazione a secco dei medesimi col processo rapido di Pappenheim.* — Comunica il prof. Minerbi un nuovo procedimento suo e del dott. Vecchiati per la fissazione dei sedimenti urinarî, già noto ai lettori del *Policlinico* (v. f. 1, a. c.).

Esso si basa sulla intuizione degli AA. che la difficile fissazione dei sedimenti urinarî dipenda da che, analogamente al liquido cefalo-rachidiano, essi difettino delle siero-globuline, le albumine cioè coagulabili dai fissatori d'uso. Donde l'idea di aggiungere al sedimento centrifugato plasma o siero di sangue.

LUZZATTO. Domanda se, ove la quantità di globulina contenuta fosse relativamente cospicua, non fosse inutile l'aggiunta del siero.

MINERBI. Risponde affermativamente.

MINERBI. *La genesi e la natura dei cilindri granulosi e jalini, studiati mercè un nuovo processo di colorazione a secco.* — Si tratta di applicazione del metodo su accennato Minerbi e Vecchiati allo studio dei cilindri urinarî. Il metodo permette di riconoscere assai bene gradi di passaggio fra cilindri di morfologia diversa, in modo fatto da suggerire all'A. di considerare: il cilindro granuloso come un cilindro epiteliale in cromatolisi agglutinato, parzialmente necrosato e «lavato»; il cilindro jalino come un cilindro ematico agglutinato e «laccato»; il cilindro cereo un conglomerato di cilindri epiteliali o granulosi, premuti, lavati e soggiaciuti ad un'ulteriore citolisi, forse per attività dell'epitelio dell'ansa di Henle in cui si sono soffermati. (Cfr. *Policlinico*, 1914, fasc. 48).

BOSCHI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il metodo di anestesia con l'anociassociazione come mezzo per abbassare la mortalità operatoria.

Il titolo non va inteso nel senso letterale: ma nel senso che l'apprezzamento di tutti i fattori atti a diminuire i rischi operatorî non può considerarsi completo senza la cognizione dei principî di questo metodo di anestesia: accanto all'asepsi perfetta, al controllo dell'emorragia, alle condizioni del paziente, va posta la tecnica dell'anestesia come elemento per assicurare la vita dell'operando.

Il fattore tempo viene con una narcosi opportuna ad essere privo di importanza già con i metodi comuni: il chirurgo ha fino ad oggi temuto le operazioni di lunga durata non per il tempo impiegato ma solo per lo shock che esse possono indurre.

Ma che cosa è lo shock? È stato all'evidenza dimostrato che in esso si tratta di un esaurimento di alcune cellule del sistema nervoso centrale. Si credette un tempo che shock ed emorragia fossero sinonimi: di fatto essi non lo sono per nulla, meno che nel loro effetto sulle cellule cerebrali. Nell'emorragia il cervello è il primo organo che soccombe e la sua capacità rigenerativa dopo un'anemia acuta è minore che in qualsiasi altro organo. Le alterazioni delle cellule nervose nell'anemia acuta seguono la perdita di sangue, nello shock precedono tutte le altre manifestazioni: esse sono nel primo caso conseguenza di una deficiente nutrizione, nel secondo di una perdita di energia. Lo shock dunque è realmente una perdita di forza vitale dovuta a stimolazione delle cellule cerebrali attraverso il sistema sensoriale o psichico. Da un punto di vista chirurgico il trauma, vale a dire il dolore (nonchè la paura) costituisce appunto lo stimolo che determina una scarica di energia dal sistema nervoso centrale, tale da produrre lo shock: e se la trasmissione verso il sistema nervoso centrale degli impulsi prodotti dall'operazione può essere prevenuta, *caeteris paribus*, lo shock può esser eliminato o ridotto al minimo. L'esaurimento fisico, e similmente le emozioni e sensazioni prodotte da impressioni visive o uditive dannose, producono alterazioni cellulari nei centri, simili a quelle dello shock.

È ovvio allora che se vogliamo evitare la perdita di energia e le alterazioni consecutive nelle cellule cerebrali, dobbiamo tener custoditi i sensi specifici facendo in modo che il paziente non riceva cattive impressioni visive, uditive, tattili, ecc. È possibile questo? Se lo è, allora lo shock potrà esser prevenuto, purchè d'altra parte non si usi un anestetico che alteri i tessuti, purchè si eviti l'anemia cerebrale. Sotto la semplice anestesia eterea o cloroformica è stato sempre osservato che, quanto più delicatamente sono maneggiati i tessuti, quanto più è ridotto il trauma, tanto minore è lo shock, tanto più rapida è la guarigione. La spiegazione di questo fatto può esser la seguente: che mentre il fisico del paziente è completamente anestetizzato il cervello lo è solo parzialmente.

Basandosi su questa ipotesi Crile tentò di ovviare ai difetti dei comuni metodi di narcosi non solo con l'abolire la coscienza e i riflessi, ma interrompendo, per mezzo dell'anestesia locale del campo operatorio, la trasmissione di ogni stimolo che da questo possa esser inviato al cervello, sopprimendo quindi le sensazioni subcoscienti. È questo, in breve, il principio su cui si basa l'*anociassociazione*: la quale si propone dunque di eliminare tutte le percezioni attraverso i sensi specifici e le conseguenti emozioni, che possono esser suscitate dalla stimolazione di quei sensi. Ogni comunicazione fra il campo operatorio e l'ambiente con il cervello del paziente deve esser soppressa: l'operando deve esser tenuto in uno stato di assoluta calma, senza che giungano ai suoi sensi i preparativi per l'operazione. Quanto poi alla percezione dell'atto operatorio vero e proprio, l'anestesia generale provvede ad eliminarla: ma essa non è in grado di abolire lo stimolo prodotto dall'eccitazione del trauma e a questo risponde l'anestesia locale.

Secondo i principî dell'anociassociazione è necessario usare come anestetico un farmaco che non solo sia il meno pericoloso, ma anche produca la più piccola modificazione nelle cellule nervose e sul cuore: l'anestesia generale ideale non è l'eterea, non la cloroformica, non la cloroeterea, ma la somministrazione sapiente di gas ossido d'azoto misto ad ossigeno. Ricordiamo di passaggio che tale metodo di anestesia è assai pericoloso in mani non esperimentate.

Mentre l'etere può esser dato tranquillamente da un anestetizzatore di comune perizia, la somministrazione dell'ossido d'azoto richiede una pratica notevole e una attenzione straordinaria: non è assolutamente possibile p. es., come lo è per gli altri metodi, provvedere alla narcosi e seguire contemporaneamente le fasi dell'atto operativo.

In poche parole il metodo dell'anociassociazione può esser descritto nel modo seguente. Trenta o quindici minuti prima dell'operazione si praticherà una iniezione sottocutanea di morfina e atropina o morfina e scopolamina o morfina sola. Iniziata la narcosi il paziente è portato nella stanza operatoria. Preparato il campo operatorio si inietta lungo la linea della incisione da praticarsi una soluzione di novocaina ad 1/4 % e si inizia l'intervento; dopo l'incisione della cute e sottocutaneo, l'iniezione viene ripetuta sull'aponeurosi e muscoli.

Nella chirurgia addominale il peritoneo dopo che sia stato inciso viene estroflesso è iniettato intorno alla linea di taglio con novocaina e poi con una soluzione 1/2 % di cloridrato di chinino e urea. Anche nel mesenterio che debba esser tagliato si praticherà una iniezione di novocaina. Nella chirurgia renale l'iniezione va bene estesa tutt'attorno al rene, sebbene di regola questo organo (come altri organi endoaddominali) non sia molto suscettibile agli stimoli sensitivi. Dopo la sezione dei tessuti tutte le linee di sutura e i punti dove si sono praticate delle legature sono iniettati con soluzione di chinino e urea; e lo stesso si dica per i muscoli, la fascia e la pelle lungo la sutura del taglio principale.

L'A. insiste nel raccomandare tale metodo basandosi sopra una larga esperienza di quasi due anni per ogni specie di chirurgia e per ogni classe ed età di pazienti. Egli ha visto notevolmente ridotte le sue cifre di mortalità. L'uso post-operatorio della morfina è divenuto eccezionale essendo abolito il dolore anche dopo la narcosi; mentre lo stato generale del paziente appare ottimo e non così oppresso come dopo le anestesie coi metodi comuni.

L'A. è convinto che chiunque vorrà esperimentare, con la tecnica dovuta, questo metodo si convincerà che esso costituisce una delle scoperte chirurgiche più benefiche del nostro tempo, degna di esser messa alla pari con la scoperta di Lister o con l'introduzione dell'anestesia eterea. SEBASTIANI.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi precoce e cura della perforazione intestinale nel tifo.

Una percentuale considerevole della mortalità nel tifo è dovuta alla perforazione intestinale, mentre un buon numero di questi casi potrebbe esser salvato mediante una diagnosi e l'intervento precoce. Ma nella diagnosi precoce consiste la grande difficoltà. La perforazione raramente si manifesta con sintomi così marcati come sono descritti nei comuni trattati di diagnostica. Di più, una peritonite fatale può svilupparsi senza che all'autopsia si scopra la perforazione dell'intestino.

Il primo segno della perforazione di solito è il dolore. Esso è stato osservato nel 75 % dei casi, e manca nel 25 %. Si presenta come un dolore improvviso crampiforme o continuo nelle seguenti regioni per ordine di frequenza: dolore addominale generalizzato, nel quadrante inferiore destro, nella regione ombelicale, nel quadrante inferiore sinistro, all'epigastrio, all'ipocondrio sinistro. Spesso il dolore non è molto intenso. Ma ogni volta che un tifoso accusa dolori addominali, l'infermiere deve sollecitamente avvertirne il medico.

Nel 25 % dei casi che all'inizio decorsero senza dolore, furono constatate le seguenti condizioni: nell'11 % lo stato di tossiemia mascherava ogni sintoma, nel 4 % una grave enterorragia oscurava il quadro clinico, nel 2 % vi era rigidità e nel 4 % vomito ostinato. Nel 4 % di questi casi alla perforazione seguirono immediatamente sudori profusi.

Il cambiamento della fisionomia, la *facies* è il secondo sintoma per frequenza e per importanza diagnostica: è stata notata la sua assenza quasi assoluta soltanto nel 7 % dei casi. Si ha il quadro dell'uomo che soffre, con pallore improvviso, con l'espressione di una grave preoccupazione, agitazione, debolezza di cuore, vomito, defecazione penosa, sensazione di freddo, sudori profusi, ecc.

Sin dall'inizio insieme col dolore, oppure nelle prime ore dell'insorgere della sindrome, è stata osservata nell'88 % dei casi una speciale iperestesia più o meno frequente ed accentuata nelle varie regioni dell'addome.

Così pure dall'inizio o nelle prime 24 ore si osserva nell'85 % dei casi la rigidità della parete addominale, generalizzata nel 39 %, nel 22 % localizzata nel quadrante inferiore destro, nel 22 % nella metà inferiore dell'addome, nell'8 % nel quadrante superiore destro, ecc.

Poco valore si può attribuire all'assenza dell'ottusità epatica. Se l'area d'ottusità epatica è stata osservata di giorno in giorno, e poi essa scompare all'improvviso mentre si manifesta il dolore, allora il fenomeno ha grande importanza. La caduta della temperatura è stata raramente osservata.

Nel 95 % dei casi il polso si fa piccolo e frequente. Chi ha potuto osservare molti casi di perforazione nel tifo, sa che questa può aver luogo senza sintomi caratteristici, e che al contrario questi sintomi possono osservarsi senza che si verifichi la perforazione dell'intestino.

Quali sintomi sono indispensabili per l'indicazione all'intervento chirurgico? Il dolore per-

sistente, l'alterazione caratteristica della fisionomia, l'iperestesia (addominale o rettale), il rapido aumento di volume dell'addome, l'aumento di resistenza alla pressione addominale: se questi sintomi sono presenti, anche se il polso e la temperatura non sono caratteristici, la perforazione è molto probabile.

L'anestesia locale ha reso molto più semplice l'operazione. Oggi non è più necessaria l'anestesia generale. L'addome può essere aperto con l'anestesia locale senza produrre alcun dolore. Una soluzione di novocaina all'1 % con l'aggiunta di 2 goccie di adrenalina per ogni grammo è sufficiente allo scopo. Nell'anestesia si procede a strati. La perforazione ha sede quasi sempre nell'ultima porzione dell'ileo. La perforazione dell'intestino può essere multipla.

Quando l'addome è aperto, la presenza della perforazione si rivela facilmente per la presenza dell'essudato, di materie fecali, o per la sfuggita di gas. Prima di chiudere l'addome, si esamini sempre attentamente l'ultima porzione dell'ileo. Una piccola perforazione può essere temporaneamente tamponata da una piega dell'omento. La percentuale delle guarigioni nell'ospedale Royal Victoria di Londra è stata del 27.14 per cento.

(*Lancet*, agosto 1914).

P. S.

Sulle coliti acute emorragiche non specifiche.

Le coliti acute emorragiche presentano uno speciale interesse, giacchè vanno distinte dalle forme dissenteriche nonostante che della dissenteria presentino tutti il caratteri clinici.

Lo Strauss ne descrive recentemente sei casi in soldati ritornati dal campo. Si trattava d'individui che presentavano ripetute scariche di muco misto a sangue, dolori addominali e tenesmo: la temperatura fu normale o quasi, meno in un caso che presentò tutto il quadro di una grave infezione. I ripetuti esami fatti da persone competenti dimostrarono l'assenza di bacilli dissenterici o del loro gruppo. In tutti i casi in seguito alla somministrazione di calomelano, alle applicazioni calde e ad una dieta opportuna si ebbe una guarigione completa in capo ad una o due settimane.

Uno stato generale grave non è raro anche in queste coliti non dissenteriche: sono stati descritti casi in cui la guarigione avvenne dopo molti mesi e si ebbero complicazioni svariate.

L'esame sigmoscopico dimostra in tali casi una mucosa edematosa ed in qualche punto sugellazioni ed erosioni: il sigma era occupato da masse mucose-emorragiche ed in qualche punto da pus.

L'esame batteriologico in tutti i casi finora esaminati ha dimostrato la presenza o del batterium coli o dei germi del gruppo del paratifo.

La diagnosi della colite emorragica non dissenterica si può solo fare per esclusione e dopo ripetui esami batteriologici, giacchè noi sappiamo che la dissenteria si può presentare sotto gli aspetti più svariati...

Riguardo alla contagiosità non possiamo escluderla con sicurezza specialmente nei casi in cui si riscontra il paratifo: nei pazienti dell'A. si trattò di casi sporadici non contagiosi, nonostante il reperto batteriologico suddetto: però non è da escludersi una contagiosità anche in alcuni casi d'infezione da *bacterium coli*.

Dal punto di vista terapeutico le regole sono identiche per tutti i casi. All'inizio calomelano a forti dosi (0.20-0.50 più volte al giorno, per vari giorni): anche l'olio di ricino o i purganti salini sono indicati: i clisteri, secondo l'A., almeno all'inizio della malattia, sono mal tollerati e determinano un aumento del tenesmo: le proctoclisi di soluzioni di tintura d'oppio sono ottime contro i tenesmi. Negli stadi ulteriori della malattia sono indicati i clisteri di dermatolo col metodo di Schmidt (una punta di coltello di dermatolo, due cucchiai di mucillagine gommosa, 50-100 cmc. d'acqua, dieci goccie d'oppio). Solo quando il periodo acuto della malattia è cessato, sono indicati i clisteri di sostanze astringenti.

P. ALESSANDRINI.

La paraffina nel trattamento della colite.

Kellog (*New York Medical Journal*, settembre 1914) afferma che la paraffina è un ottimo lubrificante del canale alimentare, la sua azione si esercita su tutta la lunghezza del tubo digerente, ed è sopratutto vantaggiosa nelle forme adesive dipendenti da coliti o da altre cause.

Il canale alimentare dell'uomo come quello degli animali superiori, le scimmie antropomorfe ad es., è adatto ad una quantità di cibo che sia moderatamente grossolana. La dieta concentrata usata dall'uomo civile moderno contiene una quantità molto scarsa di sostanze indigeribili, per modo che il residuo alimentare è costituito da una piccola massa pastosa che tende ad aderire alla parete intestinale, specialmente quando vi siano delle ostruzioni causate da pligĥe, adesioni o da uno stato spastico dipendente da colite.

Il ristagno del residuo alimentare provoca un ulteriore assorbimento di acqua per modo che la massa pastosa si trasforma in corpi duri, scibale, che col tempo assumono una consistenza addirittura legnosa.

I grassi, quando sieno ingeriti in sufficiente quantità, riescono più o meno lassativi perchè modificano i caratteri del residuo alimentare. La paraffina lubrificando il tubo intestinale agisce impedendo il contatto tra il residuo alimentare e la parete dell'intestino e quindi impedendo l'eccessivo assorbimento di acqua.

Un'altra proprietà molto importante dell'olio di paraffina è quella di eccitare la peristalsi dell'intestino tenue.

L'olio di paraffina non è assorbibile e d'altra parte trattiene una gran quantità di tossine esistenti nel tratto inestinale e ne impedisce così l'assorbimento. La sua capacità solvente la si può dimostrare col fatto che esso dopo l'evacuazione ha un colorito bruno o nerastro.

Nella colite cronica l'olio di paraffina protegge la superficie irritata o priva del suo epitelio, e per i suoi effetti lubrificanti ed emollienti del contenuto intestinale calma lo stato spastico dell'intestino, che in molti casi di costipazione cronica costituisce un ostacolo insormontabile alla guarigione.

D'altra parte l'uso regolare dell'olio di paraffina insieme ad un'appropriata dieta, è uno dei mezzi più efficaci per combattere la stasi iliaca causata da insufficienza della valvola ileo-cecale.

Nei casi nei quali la stasi iliaca è prodotta da spasmo di detta valvola, in rapporto ad appendicite cronica, a colite, ad infiammazione o irritazione ovarica, o eventualmente a malattia dolorosa del retto per azione riflessa, la paraffina si dimostra un rimedio infallibile, perchè essa ha la proprietà di promuovere l'attività peristaltica dell'intestino tenue in modo tale da riuscire a vincere lo spasmo della valvola ileocecale senza provocare irritazioni, che evidentemente aumenterebbero lo stato spastico.

La paraffina è infine capace di rendere inestimabili servigi nei casi di intossicazione intestinale per il fatto che essa aumenta il numero delle scariche quotidiane.

DR.

La cura medica durante la crisi acuta di appendicite.

Bérard e Vignard (*Journal des Praticiens*, 25 luglio 1914) stabiliscono sinteticamente le misure da prendere in una manifestazione appendicolare acuta, sia che si parteggi per l'operazione immediata, sia che si voglia attendere il raffreddamento.

Le norme che gli autori fissano sono le seguenti: immediato ed assoluto riposo in letto; dieta assoluta con soppressione totale di ogni cibo o bevanda; larga vescica di ghiaccio sull'addome; qualche iniezione di morfina. Le ultime due prescrizioni possono anche essere ritardate, quando si voglia attendere per qualche ora ancora il normale svolgersi dei sintomi per meglio confermare la diagnosi.

L'immobilizzazione assoluta in letto è per se stessa richiesta dal dolore; quando debba prolungarsi per molto tempo, bisogna aver cura di mantenere la testa bassa, per evitare fatti di anemia cerebrale.

La dieta dev'essere tale nel senso vero della parola: neppure una goccia d'acqua nelle prime 48 ore, poichè solo così può ottenersi l'assoluta immobilità dell'intestino. Per attenuare la sete si bagneranno le labbra dell'infermo con un batuffolo di cotone imbevuto d'acqua, o si praticherà la proctoclisi con soluzione fisiologica, facendo uscire dalla cannula dell'enteroclisma l'acqua *goccia a goccia*.

L'applicazione della vescica di ghiaccio, che ha grande importanza, dev'essere personalmente servegliata dal medico, affinchè la vescica sia di larghe dimensioni, ricopra tutto l'addome e vi riposi appieno: non dev'essere riempita soverchiamente nè con pezzi di ghiaccio troppo grossi; deve posare su una flanella piegata a doppio, e lo stato dei tegumenti va sorvegliato quotidianamente, per prevenire effetti dannosi di congelamento.

L'uso dell'oppio sotto forma di estratto tebaico è discusso, potendo apportare una calma ingannatrice: converrà astenersene nei casi leggieri, bastando il ghiaccio ad immobilizzare l'intestino, e nei casi gravi, soprattutto poi se in soggetti nervosi, si ricorrerà alla morfina. Per i bambini è indicato l'elisir paregorico, somministrandone, a dosi frazionate, dieci goccie *pro die* per ogni anno di età.

Le ipodermoclisi (300-500 gr. due volte al giorno) sono utili per calmare la sete e tonicizzare l'organismo, specialmente nei casi con temperatura alta e con polso frequente e molle.

Dopo alcuni giorni di dieta assoluta quando cessa la febbre, si comincerà l'uso di acqua o di the (da 1/2 a 1 litro al giorno frazionatamente), per passare più tardi al latte, al decotto di riso, al brodo di legumi. Caduta la febbre, si concederanno progressivamente zuppe al latte più o meno dense, purée di patate, minestra, uova; astensione sempre dalla carne e dai pesci.

Per espellere i gas si farà uso prudente della sonda rettale; per svuotare l'intestino è indicato un clistere di olio di oliva (200-300 gr.) riscaldato a bagnomaria. Trascorsi due o tre giorni si potrà dare un po' di olio di ricino (2-3 cucchiai da caffè).

La questione della purga nell'appendicite è molto discussa e fraintesa, poichè si è creduta consigliata nell'appendicite, mentre gli autori

più illustri la indicavano nei casi di enterocolite con ritenzione di materie fecali e semplice risentimento appendicolare. La pratica ospedaliera ha dimostrato infatti l'inopportunità della purga nei casi di appendicite francamente dichiarata, sicchè il medico non deve ricorrervi che allorquando può escludere con sicurezza di trovarsi di fronte ad un caso di appendicite vera; nel dubbio è miglior consiglio astenersi, anzichè somministrare inopportunamente un purgante.

G. SABATINI.

Effetti tossici del calomelano.

L'uso del calomelano produce talvolta, senza ragioni apprezzabili, inconvenienti gravi, per i quali alcuni autori hanno proscritto l'uso di questo medicamento.

Il Crouzel nel *Répertoire de pharmacie* mette in rilievo alcuni di questi accidenti, e dice di avere avuto occasione di constatare delle differenze nell'azione di questo sale in soggetti che solevano usarne senza nessun inconveniente.

Così per es. una donna sofferente di anoressia e disturbi gastrici, ne prese gr. 0.50. Due ore dopo essa fu colpita da coliche violente, con scariche alvine ripetute ed infrenabili. La dieta lattea assoluta per 24 ore dissipò completamente quest'allarme.

Un bambino di 3 anni, abituato a prendere tutti i giorni una dose di 0.20 di calomelano come lassativo-vermifugo, ebbe all'improvviso vomiti e pirosi nella regione gastrica, che durarono tre giorni.

Come spiegare questa differenza d'azione del medesimo medicamento nei soggetti medesimi, in momenti diversi?

Dipenderà dal diverso grado d'acidità del succo gastrico o d'alcalinità dei succhi intestinali, che potrebbero provocare la formazione di un nuovo sale mercuriale tossico, per una combinazione con materie organiche allo stato nascente?

O si tratterà di fenomeni di auto-intossicazione, o di modificazioni d'altra natura dell'organismo?

Cronzel nota che dall'insieme delle sue osservazioni cliniche risulta che l'azione del calomelano, se si esplica attraverso lo stomaco sano, si manifesta con effetti purgativi o lassativi a seconda delle dosi.

In caso contrario, ne risultano disturbi gastro-intestinali che simulano un avvelenamento di varia intensità, in rapporto a stati diatesici o a condizioni patologiche indeterminate. Per evitare questi disturbi talvolta gravi, si consiglia di avvolgere il calomelano con un involucro che il succo gastrico non possa attaccare.

Recentemente Patein ha studiato le trasformazioni possibili nel tubo digestivo dei soggetti che hanno ingerito dosi purgative medie di calomelano. Non risulta che il calomelano sotto la influenza del cloruro di sodio vi si trasformi in bicloruro di mercurio, come un tempo si è ritenuto. Ecco le conclusioni del Patein:

1° L'acido cloridrico per sè solo non attacca il calomelano; in presenza dell'ossigeno dell'aria esso produce tracce di sale mercurico. I cloruri alcalini possono anche produrne tracce imponderabili. Praticamente, il calomelano non è trasformato dai cloruri e lattati alcalini, preformati o no, tanto che il mezzo ambiente resta neutro. La decomposizione si produce quando compare l'alcalinità: i composti che ne derivano sono in parte solubili nell'acqua, in parte nell'acido cloridrico.

2° Il succo gastrico può decomporre il calomelano soltanto quando è alcalino; bisogna che esso ridiventi acido per sciogliere una parte dei composti così formati.

3° *In vitro*, in presenza di un grande eccesso di ammoniaca, il cloridrato d'ammonio sembra aumentare la proporzione dei composti mercurici o solubilizzati formatisi a spese del calomelano. L'influenza dell'acido lattico è notevole.

4° Il cloruro di sodio protegge il calomelano dall'azione scomponente del carbonato di soda.

5° Gli animali che hanno ingerito il calomelano associato a cloruro di sodio, hanno effetti purgativi senza sintomi d'intossicazione.

6° L'azione purgativa del calomelano non può essere attribuita alla sua decomposizione parziale nello stomaco.

p. s.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(635) *Prostatite cronica, spermatorrea, impotenza.* — Le sarei grato se volesse indicarmi sulla « Posta degli abbonati » la cura efficace della spermatorrea da prostatite cronica, e quella della spermatorrea d'origine nervosa che si accompagna a temporanea impotenza sessuale.

Ringraziandola la ossequio.

Taranto. Dott. C. I.

La cura della prostatite cronica si basa essenzialmente sul massaggio della prostata; tale massaggio riesce più efficace quando si introduce simultaneamente nell'uretra un catetere metallico, che serve da piano resistente. Come cure sussidiarie si consigliano la diatermia (con un elettrode all'epigastrio, e un elettrode speciale introdotto nel retto), e le irrigazioni a doppia corrente di acqua calda nel retto, praticate con

appositi apparecchi (l'acqua circola nell'istrumento, senza venire in contatto con la mucosa rettale). Malgrado queste cure (che è bene siano praticate da un provetto specialista) non dovrà sperarsi un risultato favorevole prima di tre mesi; talora gli effetti benefici si fanno attendere anche assai più a lungo. Al suddetto trattamento potranno venire associate le cure adatte per l'eventuale uretrite posteriore.

Appunto l'uretrite posteriore cronica di origine blenorragica è la causa più comune della spermatorrea. Questa appare con maggior frequenza nei soggetti nervosi e negli onanisti, e costituisce a sua volta il punto di partenza per la genesi dei noti sintomi della nevrastenia sessuale.

Nel trattamento dell'impotenza, oltre alle cure locali suddette e alle cure ricostituenti a base di arsenico, fosforo ,ecc., può ricorrersi alla spermina (che ha infiuenza suggestiva, ma forse anche tonizzante) e alla yohimbina Spiegel. Buoni risultati possono ottenersi con le applicazioni elettriche, specialmente con la corrente galvanica; Oppenheim consiglia di applicare un grosso catode alla regione sacrolombare, e un anode di circa 20 cmq. al perineo o all'inguine, adoperando una corrente di 4-6 MA; Nogier invece raccomanda il metodo di Tripier-Apostoli, consistente nell'applicare, lungo la colonna vertebrale, due grandi elettrodi — il negativo alla regione cervicale, il positivo al sacro — facendo passare una corrente di forte intensità, fino a 100-150 MA, per trenta minuti primi (gli elettrodi debbono misurare 250 cmq.; facilmente si producono escare). Si può anche praticare la faradizzazione dell'uretra, o far passare una corrente faradica di tensione applicando un largo elettrode nella regione lombare, e toccando con l'altro elettrode (costituito dal pennello di Duchenne) la faccia postero-interna della coscia, il perineo, lo scroto. Malherbe, sostenendo la esistenza di una stretta relazione fra il naso e gli organi genitali, ha proposto la galvanizzazione, mediante un ago di platino (polo negativo), di speciali punti della mucosa nasale, allo scopo di ottenere, in via riflessa, una eccitazione della sfera genitale.

Importante, nel trattamento dell'impotenza di origine nervosa, è la psicoterapia.

Prof. V. FORLÌ.

(636) *Ritardo di consolidazione di frattura.* — Sarei tenutissimo a codesta onorevole Direzione se volesse rispondere con cortese sollecitudine a questo quesito:

In una frattura delle due ossa della gamba in corrispondenza del terzo inferiore, tolto l'apparecchio ingessato dopo quaranta giorni, trovo un callo non completamente consolidato per cui è ancora possibile imprimere dei leggieri movimenti di lateralità in corrispondenza della frattura stessa. È da notare che il paziente, che è un giovane di 28 anni, può bensì sollevare l'arto traumatizzato, ma in questo movimento si constata che l'arto spesso fa un lievissimo angolo aperto in basso. Si tratta di una pseudoartrosi, oppure di un callo non ancora completamente ossificato? Quale è la cura possibile? Pel momento si continua a lasciare la gamba nell'apparecchio aperto, e faccio massaggi.

Ringraziando anticipatamente.

Dott. Conti, abb. n. 4780.

Dopo 40 giorni si può parlare tutt'al più di ritardo di consolidazione e solo dopo 5 o 6 mesi si deve ritenere perduta ogni possibilità di consolidazione.

La cura consiste precisamente nel massaggio, unito a qualche leggiera confricazione dei due frammenti. Si può anche iniettare localmente 2 cmc. di sangue aspirati seduta stante da una vena sottocutanea dello stesso individuo ogni 10-15 giorni fino a consolidazione completa.

L. D.

(637) *Sull'ormone peristaltico.* — All'abbonato N. 3036, Spezzano Albanese:

L'ormone peristaltico (*hormonal, endosplenina*, ecc.) fu scoperto da Starling e introdotto nella terapia da Zuelzer (1908). Verrebbe elaborato normalmente dallo stomaco e dalla parte iniziale del duodeno sotto lo stimolo della reazione acida al chimo. Sarebbe contenuto in copia anche sulla milza, dalla quale si estrae.

S'inietta preferibilmente nelle vene del braccio, a digiuno, lentamente, nella quantità di 10-15-20 cmc. (si è andati fino a 40 cmc.) dell'estratto (che viene preparato dalla casa Schering). Per prevenire i sintomi di collasso si usa la canfora ad alte dosi.

Per via intramuscolare (glutei) il rimedio si dimostra molto meno attivo; secondo Mohr anzi sarebbe del tutto inefficace.

È controindicato nella stitichezza da cause meccaniche e nelle forme spastiche; negli altri casi l'effetto si protrarrebbe per una lunga durata.

Questo medicinale è da usare con molta prudenza, poichè sono stati ascritti ad esso vari casi di collasso, alcuni seguiti da morte. Zuelzer li ha attribuiti ad una tossi-albumina; ora verrebbe preparato un prodotto depurato e del tutto innocuo.

I pareri sull'efficacia del nuovo rimedio sono molto disparati. Dopo un periodo di entusiasmo, si tende oggi ad abbandonarlo.

L. V.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

BIANCHI LEONARDO. *Trattato di psichiatria.* Casa Ed. Cav. Dott. V. Pasquale, Napoli. L. 20.

È la ristampa di un libro che fa onore all'ingegno ed alla cultura italiana, di un libro la cui prima edizione si è rapidamente esaurita ed è stata accolta molto benevolmente all'estero. Il trattato del Bianchi appartiene a quella collana di libri medici italiani che hanno avuto l'onore di una traduzione inglese.

In questa seconda edizione le varie parti — anatomia, psicopatologia clinica — sono state ridotte a migliori proporzioni. La parte dottrinale è meglio armonizzata con la finalità pratica cui il libro si inspira.

La grande esperienza clinica dell'insigne neurologo napoletano è tutta trasfusa in questo trattato, nel quale il teorico come il pratico possono trovare una miniera inesauribile di elementi di studio e di ricerche, d'insegnamenti, di guida per la interpretazione e la cura di malattie psichiche e somatiche.

Anche in questo libro il Bianchi adopera la sua forma chiara, precisa, suadente, per modo che la lettura ne riesce facile, interessante e conquide anche coloro che non si occupano particolarmente di psichiatria. V. ASCOLI.

LEVI BIANCHINI M. *Elementi di assistenza e tecnica manicomiale ad uso degli infermieri.* Padova. Fratelli Brucker, editori. 1914. Prezzo L. 1.50.

È un piccolo ma completo manuale, il quale riassume le cognizioni indispensabili a chiunque voglia adempiere coscienziosamente alle delicate mansioni di infermiere in un manicomio.

Esso tratta del carattere e delle funzioni dei manicomi, e delle leggi a cui questi sono sottoposti; traccia le norme per l'assistenza degli alienati in generale, e per quella delle varie categorie di alienati (tranquilli, agitati, epilettici, ecc.) in particolare; accenna alle diverse forme di malattie mentali, ai loro sintomi più importanti, ai metodi di cura attualmente in uso; espone nozioni elementari di anatomia e di fisiologia umana; insegna a prestare i soccorsi di urgenza, ecc.

Il libro è scritto in forma facile e piana, ma con precisione di linguaggio, e mira non solo ad istruire, ma anche a educare il lettore. Per intendere la importanza di tali insegnamenti basta riflettere al grande valore che ha per il benessere — e talora anche per la vita stessa — degli alienati la sorveglianza intelligente e pietosa del personale d'assistenza. V. FORLÌ.

VARIA.

L'età dei professori delle Università italiane. — Il prof. Guerreri ha pubblicato sull' « Università Italiana » un interessante studio statistico sull'età dei professori universitari, che dimostra quanto sia lungo e faticoso in Italia il tirocinio per raggiungere la cattedra.

Il 19.09 % della totalità dei professori universitari conquista la cattedra ufficiale prima dei 30 anni; arrivano alla cattedra prima di questa età il 36.33 % dei giuristi, il 35.10 % dei matematici, il 17.82 % dei filosofi e letterati, il 15.15 % dei veterinari, il 44 % dei fisici e naturalisti, il 9.36 % degli ingegneri, il 7 % dei medici.

La carriera universitaria è la meno produttiva e la più costosa; molti arrivano professori dell'Università all'età, in cui altri hanno già raggiunta la pensione di Stato. Nel Corpo insegnante il 49.89 % non può raggiungere il massimo della pensione: per essere più precisi, si trova in queste condizioni il 65.54 % degli ingegneri, il 63.58 % dei medici, il 54.54 per cento dei veterinari, il 49.68 % dei filosofi e letterati, il 48.12 % dei fisici, il 35.70 % dei matematici, il 32.82 % dei giuristi.

Non raggiungono il minimo della pensione (25 anni di servizio), il 3.84 % della massa attuale dei professori universitari; e, stando alle singole categorie, non vi arrivano, ammesso che vivano fino a 75 anni, il 7.28 % degli ingegneri, il 9.06 % dei veterinari, il 4.32 % dei filosofi e letterati, il 3.57 % dei matematici, il 2.58 % dei giuristi, il 2.11 % dei medici.

In cifre assolute su 281 professori del gruppo medicina e chirurgia, esistenti nelle Università italiane al 1° gennaio 1914, 1 era stato ammeso in servizio a 24 anni, 1 a 25, 2 a 26, 3 a 27, 4 a 28, 9 a 29, 9 a 30, 12 a 31, 21 a 32, 16 a 33, 24 a 34, 20 a 35, 18 a 36, 21 a 37, 22 a 38, 13 a 39, 17 a 40, 19 a 41, 7 a 42, 13 a 43, 5 a 44, 6 a 45, 4 a 46, 4 a 47, 1 a 50, 1 a 51, 1 a 53, 2 a 56 e 1 a 58.

Dei 33 professori di veterinaria, 1 era stato ammesso all'insegnamento a 25 anni, 2 a 27, 2 a 29, 1 a 30, 2 a 31, 2 a 32, 2 a 33, 3 a 34, 3 a 35, 1 a 36, 1 a 38, 1 a 39, 4 a 40, 4 a 41, 1 a 42, 1 a 45, 1 a 50 ed 1 a 51.

Il fascicolo di marzo 1915 della nostra Sezione Chirurgica conterrà i seguenti lavori:

Dott. L. DURANTE. *Istopatologia del reinnesto cerebrale parziale.*

Dott. P. BASTIANELLI. *Osservazioni sopra un trauma grave sottocutaneo addominale.*

Dott. A. CHASSERINI. *L'iniezione d'alcool nei gangli spinali.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il corpo sanitario militare.

Ci siamo già occupati su questo giornale delle deficienze dell'organizzazione della Croce Rossa, ed il largo consenso della stampa medica alle nostre osservazioni ci conforta nel convincimento che le nostre critiche sono state giuste quanto spassionate. Vogliamo ad ogni modo augurarci che nel caso l'Italia dovesse aprire il suo tempio di Giano, la Croce Rossa sappia convenientemente corrispondere ai suoi fini, smentire con i fatti le accuse che le sono state mosse, diradare quell'atmosfera di diffidenza di che ora è circondata.

Ma quale che sia l'opera che svolgerà la Croce Rossa è certo che il paese può contare sicuramente su un'altra organizzazione sanitaria, il Corpo medico militare. Chi ha seguìto in questi ultimi anni lo sviluppo di questa organizzazione non ha potuto non accorgersi dei notevoli progressi che essa ha fatto. Ricordiamo che fino a qualche decennio fa i medici militari godevano di una fiducia tutt'affatto negativa; ora non più, essi sono giustamente apprezzati e stimati. Mentre prima erano temuti per il loro rigore più o meno illuminato, erano temuti per la loro dubbia capacità, ora sono benevolmente considerati e rispettati.

Le migliorate condizioni della carriera, il gran numero di laureati avutosi 10 anni or sono hanno permesso una più rigorosa scelta ed una conveniente selezione. Il pungolo del miglioramento e degli avanzamenti, fatti unicamente sul criterio della capacità tecnico-professionale, ha spinto gli ufficiali medici a continuare con diligenza i loro studî, a tenersi al corrente dei progressi della scienza. L'esercizio, infine, della libera professione, che ha dato loro anche qualche vantaggio economico, li ha messi a contatto con una più larga patologia, li ha messi sotto il controllo del gran pubblico, che li ha spronati al perfezionamento.

Il compito del medico militare in pace come in guerra è dei più difficili e dei più delicati. Spesso essi si trovano di fronte a problemi intricatissimi, la cui soluzione apporta non lievi, spesso gravissime, conseguenze. È cosa comune per essi dover dare dei giudizi diagnostici unicamente sul risultato dell'esame obbiettivo, senza tener soverchio conto delle sofferenze subbiettive accusate dal soggetto, dei dati anamnestici da lui forniti. E ogni medico sa quale prezioso ausilio per la diagnosi sia la sintomatologia subbiettiva e l'anamnesi. Orbene i nostri medici sono attualmente ben lontani dalla fama di semplicioni e di aguzzini che godevano i loro predecessori. Scrupolosi nell'esame, cauti nei giudizi essi ora son accorti e valenti nello svelare i tentativi di simulazione o di dissimulazione e riescono strumenti intelligenti di disciplina senza esagerazioni di rigore o di accondiscendenza.

Ma oltre questo miglioramento generico dei medici militari va rilevato l'interessamento che molti di essi prendono per le singole specialità della medicina e della chirurgia: il Corpo sanitario dell'esercito conta fra le sue file valenti igienisti, medico-legisti, neurologi, oculisti, otoiatri, dermosifilografi. È grazie a questa specializzazione degli studi che questo Corpo medico può fare sempre da sè, senza ricorrere ad elementi estranei.

I progressi fatti nella igiene dell'esercito sono un vanto della sua Direzione sanitaria, che talora nella pratica pare perfino audace, tanto essa segue e cerca di applicare tutte quelle innovazioni che valgono a mantenere in salute il soldato e quindi a conservare la efficienza dell'esercito. Valga per tutto ricordare la vaccinazione antitifica fatta nel Corpo di spedizione in Libia, quando in Francia i risultati di questo mezzo profilattico non erano ancora ben sicuri, ed in Germania si era diffidenti, quasi sprezzanti. L'esperimento fatto in Africa ha ora consentito di potere estendere questa vaccinazione a tutto l'esercito metropolitano.

L'esito di una guerra oltre che dalla potenza delle armi adoperate e dal valore dei combattenti, dipende dal numero dei soldati che ogni nazione ha messo ed ha saputo mantenere in campo durante tutta la durata della guerra. Quando si pensi all'enorme quantità di fattori che insidiano la salute del soldato in guerra, quando si pensi al fatto che il maggior vuoto negli eserciti più che dai proiettili è fatto dalle malattie, appare tutta la grande importanza dell'igiene, tutto il valore del mandato commesso al Corpo sanitario militare. E l'esperienza fatta ci fa nutrire fiducia che i medici del nostro esercito sapranno assolvere convenientemente il loro compito.

Non meno notevole è l'opera svolta dal nostro Corpo medico per depurare l'esercito di tutti quegli elementi mentalmente deboli, che i contingenti annuali introducono nei reggimenti.

Questi elementi, incapaci di acquistare l'istruzione militare, col loro contegno anormale, impulsivo, riescono di nocumento alla disciplina e quindi la loro eliminazione è doppiamente utile. E l'averla fatta con costanza, con metodo,

con criterî scientifici, ha certamente contribuito a sradicare dal nostro esercito il misdeimo.

Le condizioni degli ospedali militari sono anche esse migliorate; se essi non hanno raggiunto uno stato di perfezione, possono certamente pareggiare con i nostri migliori ospedali civili per la igiene generale, per la dotazione di apparecchi per la diagnosi e la cura.

Tutto insomma l'organismo sanitario militare italiano funziona nelle migliori condizioni possibili e ci fa legittimamente sperare che se il nostro paese dovrà prendere parte al flagello che già funesta tanta parte di Europa, se dovrà contribuire alla distruzione di esistenze, i nostri medici assolveranno degnamente la loro missione di salvarne il più che sia possibile.

Nella guerra italo-turca i medici dell'esercito hanno dato prove splendide del loro intrepido coraggio, della loro capacità tecnica e certamente confermeranno il loro valore in qualsiasi altra occasione.

DRAGOTTI.

Onorari per le perizie giudiziarie intermedie.

Le associazioni mediche professionali si sono dovute spesso occupare della quistione del pagamento delle indennità per le perizie intermedie. La legge stabilisce che al medico deve essere corrisposto un onorario per ogni visita o relazione, nessun dubbio quindi avrebbe dovuto sorgere al riguardo. Pure l'applicazione di tale principio fece sorgere delle controversie e spesso si ricorreva a danno del medico alla interpretazione più restrittiva.

Il nostro giornale si è già altre volte occupato di questa quistione, che ora è stata definitivamente risolta con la seguente circolare del Ministero di grazia e giustizia ai pretori e giudici istruttori:

« In ordine alla liquidazione delle indennità per le perizie mediche, il Superiore Ministero, con dispaccio del 31 luglio ultimo, Divisione VI, Sezione III, n. 57616307, ha comunicato che interpretando in varie occasioni le disposizioni di cui agli articoli 20, 24 e 38 della tariffa penale, ha ritenuto che i periti medici non abbiano diritto al pagamento degli onorari per le visite *non ordinate di ufficio,* ma fatte di loro iniziativa fra la prima e quella definitiva, per stabilire la prova generica del reato e per essere meglio in grado di esprimere il loro giudizio sulla natura delle lesioni. Ma ha ritenuto per contrario che quando, per necessità d'istruttoria, essi debbano eseguire altre visite, dopo la prima, e queste siano *ordinate d'ufficio dal magistrato,* nessuna disposizione ne vieti il pagamento dei relativi onorarii, e ciò perchè non si comprenderebbe per quali motivi la loro opera, espressamente richiesta nell'interesse della giustizia, non dev'essere compensata.

« L'art. 20 infatti della tariffa penale stabilisce la regola che per ogni visita e relazione è dovuto il compenso, e da tale regola non sembra che possa derogarsi se non nei casi espressamente indicati negli art. 24 e 38 della tariffa stessa il quale ultimo *esclude* che *possano essere accordati gli onorari per le perizie definitive* in dipendenza od in correlazione alle precedenti.

« Facendo nostri i criteri suespressi le SS. LL. sono pregate per una più esatta ed uniforme applicazione delle disposizioni vigenti circa la liquidazione delle perizie giudiziarie ».

Cronaca del movimento professionale.

Congresso nazionale del personale addetto alla vigilanza igienica. — Questo Congresso si è tenuto a Roma nei giorni 21, 21 e 22 febbraio c. a.

Pronunciò un applaudito discorso inaugurale il presidente del Comitato, prof. Tito Gualdi, salutando gli intervenuti al Congresso da cui si augurò nuova luce di progresso e di sapere.

L'elevato discorso del prof. Gualdi, interrotto spesso da applausi, è coronato alla fine da una prolungata ovazione.

Hanno poi parlato l'assessore prof. dott. Rosselli, il prof. Badaloni per la Direzione generale della Sanità pubblica, il prof. Ballerini, l'onorevole Brunelli.

L'on. Brunelli affermando che i funzionari pubblici debbano essere i veri collaboratori dei pubblici poteri si riporta ad un suo discorso pronunziato alla Camera in cui ebbe a deplorare che le leggi sanitarie non hanno la loro applicazione per deficienza di mezzi tecnici e finanziari e si augura che nessun deputato possa constatare alla Camera la dolorosa verità da lui lamentata.

Furono proclamati presidenti della seduta, l'on. Brunelli, i proff. Vivante, Gualducci, Mariotti, Gresi e Cutolo.

Quindi sotto la presidenza dell'on. Brunelli, il prof. Gualdi svolse, tra il più vivo interesse, la elaborata relazione morale in cui passa in rassegna tutta l'attività dell'Associazione.

Nei giorni successivi sono state lette le relazioni del prof. Palomba su « La costituzione degli Uffici d'igiene », del prof. Mancioli su « La pedagogia ed udito », del dott. Ragazzi sul « Medico scolastico », del dott. Neri Agenore su « La profilassi delle malattie infettive del bestiame in rapporto all'industria zootecnica », del dott. Barberi Agamennone sul « Personale ausiliare della vigilanza igienica », del professor

Pecori su « Le modificazioni alle disposizioni legislative sulla denuncia e sulle misure di profilassi per alcune malattie infettive »; del professor A. Ascarelli su « La medicina scolastica nelle scuole comunali di Roma » e del prof. Mariotti su « La vaccinazione jenneriana in rapporto alla profilassi del vaiuolo ».

Quest'ultima relazione dette luogo ad un'ampia discussione che si chiuse con un ordine del giorno di affermazione del valore profilattico indiscutibile della vaccinazione jenneriana, ed in conseguenza si fecero voti per la intensificazione e per il perfezionamento tecnico di tale profilassi.

Cassa pensioni dei sanitari. — La « Gazzetta Ufficiale » riporta la situazione del 1° semestre del 1914 della Cassa depositi e prestiti e gestioni annesse. Da essa si rileva che al 30 giugno la Cassa di previdenza per le pensioni ai sanitari segnava, depurato dalle spese di amministrazione, dalle rate di pensioni da liquidare e dal saldo conto debitori diversi, un patrimonio di lire 55,580,483.65.

Pensioni e indennità. — Riportiamo dall' « Avvenire Sanitario » l'elenco delle pensioni ed indennità conferite ai sanitari, loro vedove ed orfani dal Consiglio di amministrazione ed ammesse a registrazione dall'ufficio di riscontro della Corte dei Conti durante il 2° trimestre 1914 a carico della Cassa di previdenza per le pensioni ai sanitari.

Dott. De Filippis, di Anzino, pensione di L. 2557.53; dott. Fattorini Luigi, di Uggiate, L. 1172; Ruspini Antonietta, vedova del dott. Fattorini Luigi, di Uggiate, L. 586; Marchetti Adelaide, vedova del dott. Fattori Federico, di Nocera Umbra, L. 900, Carminati Margherita, vedova del dott. Faconti Vittorio, di Bellusco e Uniti, L. 900; Golfi Matilde, vedova del dott. Baciocchi Tito, di Piandiscò, L. 1203.50; Rufini Angelica, vedova del dott. Lauriani Carlo, di Casape, L. 944; Rampini Anna Maria, vedova del dott. Manuppelli Orazio, di Panni, L. 640; dott. Federici Zaccaria, di Pilzone Iseo, 3395 53 lire; dott. Dal Lago Domenico fu Girolamo, di Novale, L. 3000; dott. De Francesco Antonio, di Filadelfia, L. 1887; dott. Giustiniani Francesco, di Riano, L. 2629; dott. Pierangeli Vincenzo di Notaresco, L. 1628; dott. Petrecca Giuseppe, di Baranello, L. 1280; dott. Poli Ugo, di Pianovo, L. 814.80; dott. Giardinieri Alfredo, di Mergo, indennità di L. 4123.45; Mossetti Maria, vedova del dott. Canuto Camillo, di Michelino, indennità di L. 1585.14; Soncelli Ilda, vedova del dott. Massarotti Ernesto, di Pontinorea, indennità di L. 1735.64; dott. Baraggion Giovanni, di Crespino, pensione di L. 2686.73; dott. Casano Carlo, di Settimo S. Pietro, pensione di L. 1769; dott. Valenti Giuseppe, di Valmozzola, pensione di L. 2050.89; Salaris Mariantonia, vedova del dott. Solinas Pietro, di Bortigali, indennità di L. 1585.14; dott. Revelli Samuele, di Cherasco, L. 4316.71; dott. Bononi Giuseppe, di Lainate, L. 4281.14; dott. Burza Camillo, di Pedivigliano, L. 2331.04; Scorsolini Elvira, vedova del dott. Pisinicca Fulvio, di Marsciano, L. 826.82; dott. Vierucci Vieruccio, di Capannoli, L. 2154; dott. Bardelli Egisto, di Moneglia, lire 866; Montigiani Caterina, vedova ed orfani del dott. Botticelli Zuilio, di Gaiole, L. 563; Braghieri Anna, vedova del dott. Leonardi Antonio, di Parma, L. 1343.21; Lodi Carlo, di Portolongone, L. 1487; Cocco Clelia, vedova ed orfani del dott. Giganti Quirico, di Uri, indennità di L. 1590.21; dott. Fato Giuseppe, di Bari, L. 777. dott. Fusilli Luigi, di Castellamare Adriatico, L. 2025; dott. Varvelli Riccardo, di Volvera, L. 841; dott. Farossi Gennaro, di Castelvetere Valfortore, L. 1213.08; dott. Vella Giacomo, di Ascoli Satriano, L. 3049.25; dott. Beccaria Pietro, di Pegli, L. 3092.25; dott. Castellana Domenico, di Vicari, L. 1144.25; Testi Costanza, vedova del dott. Felici Decio, di Solarolo, pensione di L. 450; Soffritti Anna, vedova del dott. Bassi Guglielmo, di Bologna, pensione di L. 192; Boccelli Giuseppe, di Ponte S. Pietro, pensione di L. 1394; Mannini Emilia, vedova ed orfani del dott. Ballanti Francesco, di Sambuca, indennità di L. 851.68.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5098) *Ricchezza mobile.* — Il Dott. L. S. da F. l'A. desidera conoscere quanto deve pagare per R. M. sullo stipendio di lire 2400 lorde e se pel calcolo di tale tassa debba detrarsi dallo stipendio stesso il contributo monte pensioni, quello per gli orfani dei sanitari di Perugia, la tassa focatico, lire 200 di cavalcatura e la quota dovuta all'Ordine dei Medici.

Nessuna di tali passività si detrae dallo stipendio agli effetti della R. M. Ognuna costituisce un debito personale dell'esercente derivante, non dallo stipendio che si riceve, ma bensì dalla attività professionale del contribuente. La indennità di cavalcatura non solo non si detrae dallo stipendio, ma ad esso si cumula per la tassazione. Ella, quindi, dovrà pagare la R M. non sulle lire 2400, che riceve come stipendio ma su lire 2600 che rappresentano lo stipendio cumulato con la cavalcatura. Su detta somma pagherà per R. M. annue

lire 230.00 compreso l'aggio all'esattore, che, come Ella indica, è del 4.50 %.

(5099) *Abbandono del servizio dopo 10 anni di servizio - Pensione.* — Il Dott. M. M. desidera conoscere a chi deve rivolgersi un medico condotto che è obbligato a lasciare il servizio per infermità dopo dieci anni, per ottenere la pensione. Quali documenti occorrono? Occorre una visita collegiale o basta il certificato medico?

Per ottenere la pensione occorre che il servizio prestato raggiunga la durata di anni 24 e mesi sei. Se si è obbligati a lasciare il servizio per infermità, che renda inabile il sanitario, dopo un periodo di servizio uguale o superiore a 10 anni, ma inferiore a 25, si ha diritto ad una indennità pagabile una volta tanto e proporzionata ai due terzi del fondo accumulato sul conto individuale. Per ottenere la liquidazione di tale indennità bisogna avanzare domanda all'Ufficio sanitario della Provincia, allegando alla medesima: 1. Atto di nascita; 2. Originale diploma di laurea; 3. Uno stato nel quale si dovrà specificatamente indicare la qualità, la interruzione e la durata dei servizi sanitari prestati, nonchè l'ammontare degli stipendi percepiti; 4. Gli atti di nomina, delle successive conferme, sospensioni, riassunzioni in servizio, licenziamenti o dimissioni dal servizio; 5. Un certificato medico, rilasciato dietro visita collegiale presieduta dal medico provinciale coll'intervento di due medici militari nel quale sieno descritte specificatamente l'indole della malattia, le cause che la produssero e le conseguenze che ne derivarono e se sia esplicitamente dichiarato se, a loro giudizio, in conseguenza di tale infermità il medico sia o meno divenuto inabile a proseguire ulteriormente il servizio.

(5101) *Visite necroscopiche.* — Il Dott. abbonato 4496 desidera conoscere se abbia diritto a pretendere i mezzi di trasporto od il rimborso di spese in caso di visite necroscopiche fatte per invito dell'autorità giudiziaria in caso di suicidi o di morti avvenute per cause delittuose o colpose.

Allorchè il sanitario è invitato dall'autorità giudiziaria ad eseguire una visita nell'interesse della giustizia punitiva, ha diritto al pagamento della trasferta stabilita dalla tariffa giudiziaria. Non neghiamo che il medico invitato dal Pretore debba ubbidire onde non incorrere nella sanzione penale stabilita dallo articolo 434 del Codice penale, ma ciò non importa che la prestazione debba essere gratuita.

(5102) *Case di salute - Riposo settimanale a turno.* — Il Dott. G. B. S. da T. desidera conoscere se una casa di salute, che, oltre a numeroso personale, ha impiegati con mansioni ed orario fisso quattro medici, sia in dovere di concedere loro il riposo festivo settimanale a turno.

Le case di salute per effetto dello articolo 4, n. 8, della legge 7 luglio, n. 489, sono obbligate a concedere il riposo settimanale a turno ma ai soli salariati, non ai professionisti, ai quali non si estendono i beneficii di detta legge. Le dette case di salute, ove non ottemperino alla relativa prescrizione, cadono nella contravvenzione prevista e punita a norma dello articolo 14 della succitata legge.

(5104) *Ufficiale sanitario avente un fratello farmacista - Incompatibilità.* — Il Dott. Lux, avendo appreso che il Consiglio di Stato in un suo parere posteriore alla nuova legge sulle farmacie ha ribadita l'incompatibilità dell'ufficiale sanitario avente un parente farmacista desidera conoscere la data precisa della relativa sentenza.

La quarta sezione del Consiglio di Stato ha effettivamente ribadita l'incompatibilità dell'ufficiale sanitario che abbia un fratello farmacista anche dopo la promulgazione della nuova legge sulle farmacie e propriamente con la decisione del 6 novembre 1914. Tale decisione con considerandi e note abbiamo noi già pubblicato in questa sezione del *Policlinico* nel fasc. 9 a pagina 309.

(5106) *Licenziamento per fine di ferma - Motivi - Notifica del provvedimento.* — Il Dottor N. P. da F. desidera conoscere se sia valida la notifica del provvedimento di licenziamento per termine del periodo di prova fatta a mezzo del messo comunale prima che sia intervenuto regolare superiore approvazione, se un Consiglio comunale può licenziare un medico per fine di biennio di prova senza alcun giustificato motivo, e se nel biennio di prova possa computarsi il tempo di servizio interinale nella condotta senza che la nomina ad interino fatta dalla Giunta comunale sia stata convalidata dal Consiglio.

Qualsiasi deliberazione consigliare, e, quindi, anche quelle relative a licenziamento del medico condotto, quando non sieno state dichiarate immediatamente esecutorie col voto favorevole dei due terzi dei consiglieri intervenuti alla seduta, non diventano esecutive se non interviene il visto della superiore autorità politica o non sieno trascorsi quindici giorni dallo invio dei relativi atti alla detta autorità. È, quindi, nulla la notifica di licenziamento fatta in base a deliberazione consigliare non divenuta regolarmente esecutoria. Non nascondiamo che recente giurisprudenza, che non risulta finora confermata ritiene valida anche la notifica di un sunto della deliberazione di licenziamento. Tale giurispru-

denza, che non sembra in armonia col disposto dell'articolo 37 del Regolamento generale sanitario, fu riportata con nota nel fascicolo 9 della sezione pratica del *Policlinico* a pagina 308. Dal parere ivi indicato si deduce che il Consiglio di Stato ritiene valido il licenziamento del medico condotto per fine di prova senza che ne sia esposto il motivo. Secondo noi una motivazione occorre sempre deducendola dal modo con cui il sanitario ha disimpegnato il servizio durante la prova. Il periodo di interinato va computato in quello di prova agli effetti della stabilità. Però la deliberazione di nomina dello interino deve essere del Consiglio comunale o della Giunta in linea di urgenza ai sensi dello articolo 136 della vigente legge comunale. In tale ultimo caso essa deve essere sottoposta alla ratifica del Consiglio comunale nella sua prima successiva adunanza.

(5108) *Iniezioni ipodermiche - Facoltà della levatrice.* — Al Dott. F. Z. da P. rispondiamo che alla levatrice è inibita la pratica delle iniezioni ipodermiche. Esse sono riservate ai medici regolarmente diplomati. Le mansioni delle levatrici sono contenute nel R. Decreto del 28 maggio 1914, n. 589.

(5109) *Ricorso contro i provvedimenti della G. P. A. relativi ad approvazione di capitolato.* — Il Dott. abbonato n. 3356 desidera conoscere se contro la deliberazione della G. P. A. con cui si approva il capitolato per il servizio medico di condotta si possa ricorrerre alla 4ª sezione del Consiglio di Stato o si possa adire la ordinaria autorità giudiziaria per rifacimento di danni.

Dati i fatti esposti nel quesito noi crediamo che convenga meglio impugnare la decisione della G. P. A. ed il conseguente decreto emesso a seguito del parere della sezione interno del Consiglio di Stato, alla 4ª sezione per ragione di legittimità. A noi sembra, infatti, che la G. P. A. abbia commessa una vera e propria violazione di legge, sostituendosi al Consiglio comunale e formando un capitolato affatto diverso da quello proposto dal Comune al suo esame. La Giunta è facultata dalla legge a rinviare al Comune per le debite correzioni tutti gli atti che non trova completamente ben fatti, può non approvare quelli che ritiene contrari alle leggi od ai regolamenti, ma non può, senza turbare l'economia della legge comunale, sostituirsi al Comune e deliberare in sua vece un provvedimento assolutamente nuovo e diverso. Il Decreto Reale che fu emesso in base al primo ricorso, in linea gerarchica, può ben essere impugnato, come provvedimento definitivo, alla predetta 4ª sezione. Non sembraci opportuno intentare ora il giudizio per danni, giacchè il Comune potrebbe dichiararsi estraneo alla cosa, che fu dalle autorità tutorie e non da esso determinata.

(5111) *Sostituzione per malattie di colleghi.* — Il Dott. G. G. da C. che ha per obbligo di capitolato quello di sostituire il collega in caso di infermità per quindici giorni, desidera conoscere se tale obbligo si possa o si debba disimpegnare una volta all'anno o una volta sola per ogni malattia.

Il congedo per infermità non è annuale. Esso va concesso per ogni singola malattia. Se la infermità è unica e si protrae per oltre un anno, il sanitario ha diritto ad un solo congedo straordinario. Se, per converso, il sanitario medesimo nel medesimo anno subisce due malattie diverse, a due congedi straordinari può avere diritto. Alla stessa stregua si reputa doversi uniformare l'obbligo che Ella ha della suppenza: se già l'ha prestata l'anno scorso ora può ben rifiutarsi di farla dal momento che il collega subisce la medesima malattia che precedentemente motivò la prestazione.

(5112) *Elenco dei poveri - Stipendio.* — Al Dott. N. G. da F. rispondiamo: 1. E' chiaro che lo stipendio che le si dovrebbe ora corrispondere era quello nuovamente determinato dalla G. P. A. in lire 2333.33. Contro la deliberazione consigliare che dispone diversamente si può ricorrere al Prefetto per l'annullamento e in caso di risultato negativo si può adire l'autorità giudiziaria per fare accertare il diritto a riscuotere lo stipendio accresciuto di L. 2333.33. Avendo il Comune dichiarato, di avere diritto alla somministrazione gratuita dei medicinali, fra molte altre categorie di persone anche quelli aventi diritto a cura medica gratuita, parrebbe che i rispettivi elenchi sieno due separati e distinti. Ad ogni modo se sotto la parvenza di un servizio residenziale si nascondesse un vero servizio per la generalità, può ben chiedere nuovo aumento di stipendio. L'indicazione del numero dei poveri negli avvisi di concorso non ha valore contrattuale e non può, quindi, l'eventuale suo aumento dar luogo ad esame giudiziario.

Doctor JUSTITIA.

Sarà tanto gentile rispondere alle seguenti domande:

Quale è il programma delle materie per il concorso di medico di bordo (sui transatlantici)? Quanti sono i posti e in che mese di ogni anno è solito a bandirsi il concorso?

Sicuro che mi darà risposte esaurienti, La saluto distintamente.

F. P., Roma.

Per potersi imbarcare come medico di bordo, occorre che il medico sia fornito dell'autorizza-

zione a viaggiare con tale qualifica, che viene rilasciata dal Ministero dell'interno a seguito di speciali esami di idoneità. Ottenuta l'autorizzazione il medico viene iscritto in apposito elenco. Gli esami sono indetti annualmente con decreto ministeriale ed hanno luogo in Roma.

Per essere ammesso ad essi occorre presentare domanda, allorchè viene indetta la sessione, corredata di atto di nascita, certificato di cittadinanza italiana, certificato di buona condotta, certificato penale, certificato di sana e robusta costituzione, diploma di laurea, nonchè titoli di studio e di carriera.

Le prove di esame consistono:

1° in una prova scritta di etiologia, patologia, epidemiologia e profilassi delle malattie infettive e parassitarie con speciale riguardo alle esotiche e a quelle dei paesi caldi.

2° In prove pratiche di: *a*) accertamento diagnostico delle più importanti malattie infettive e macroparassitarie; *b*) bromatologia; *c*) semeiotica e diagnostica clinica; chirurgia di urgenza; assistenza ostetrica.

3° In prove orali riguardanti: l'igiene navale; la legislazione sanitaria e la conoscenza di una lingua straniera.

Non vi è quindi esame di concorso per medico di bordo, ma solo esame di idoneità e perciò non vi è limite alcuno nella concessione dell'autorizzazione.

F.

Interesso la cortesia di codesta on. Redazione perchè si compiaccia informarmi se esistano e presso quale editore i seguenti libri:

1° Manuale-guida dell'ufficiale sanitario nell'esercizio delle varie sue funzioni.

2° Raccolta completa delle leggi, regolamenti, ordinanze, circolari, ecc., attualmente in vigore in materia sanitaria. Abbonato N. 5931.

Un manuale-guida dell'ufficiale sanitario nell'esercizio delle sue funzioni, compilato in base al nuovo testo unico delle leggi sanitarie ed alle recenti disposizioni in materia sanitaria, non è stato compilato.

Il «Manuale di igiene» del prof. Celli può riuscire molto utile allo scopo e nella parte della legislazione sanitaria sono ampiamente sviluppate le attribuzioni dell'ufficiale sanitario.

Per la raccolta sistematica delle leggi, regolamenti ed altre disposizioni sulla Sanità pubblica, rivolgersi alla Cooperativa Tipografica Manuzio, Roma (via di Porta Salaria, 23).

Tutte le leggi e regolamenti sanitarii sono anche raccolti nel «Codice sanitario» del Melograni (editore E. Pietrocola, Napoli).

F.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALBAIRATE (*Milano*). — Ab. 2900 circa. Condotta generalità; L. 4300, esenti da imposta R. M., e tre sessenni; L. 100 quale U. S.; L. 600 indennità mezzi trasp. Età limite 34 anni. Servizio entro 15 giorni. A tutto 31 marzo.

BELLUNO. *Ospedale civile*. — Cercasi medico chirurgo secondario L. 1400 nette, indennità guardie L. 4 e alloggio. Richiedere avviso amministrazione Ospedale.

CAGLIARI. *Comune*. — Concorso per titoli e per esami al posto di direttore del laboratorio medico microrgafico; L. 3500 lorde aumentabili a L. 4900. Dom. e doc. d'uso alla segreteria comunale uff. 1., sez. 1. Età massima ani 40. Nomina per un anno, salvo conferma. Assunzione entro 15 giorni dalla nomina. Richiedere avviso. Scadenza 31 marzo.

CARAMAGNA PIEMONTE (*Cuneo*). *Ospedale San Giuseppe*. — Cercasi medico chirurgo direttore; L. 1800 compreso concorso da parte del Municipio. Capitolato visibile in Segreteria.

CASTELNUOVO VAL DI CECINA (*Pisa*). — Tre condotte residenziali di Castelnuovo, di Sasso e di Montecastelli; ab. 2500, 1800, 900; L. 4050 lorde, L. 750 indenn. cavalc., 3 sessenni, assicurazione. Scadenza 20 marzo.

CERTALDO (*Firenze*). — Condotta; lorde iniz. L. 3700 e L. 500 indennizzo cav. Cura gratuita per chi ha un reddito inferiore alle L. 4000. Scad. ore 17 del 31 marzo.

COLLEGNO (*Torino*). — Condotta pei poveri; L. 2170 lorde. L'aumento stip. da L. 1500 a L. 2170 è ancora soggetto all'approvazione tutoria. Scadenza 21 marzo.

CRODO (*Novara*). — A tutto marzo 1915 è aperto il concorso al posto di medico condotto, collo stipendio di L. 4250 oltre alloggio. Condotta piena, abitanti 1500.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti riuniti*. — Due medici chirurghi assitenti. Titoli ed esami. Nomina biennale, conferme per 8 anni, L. 2000 lorde. Scadenza ore 17 del 20 marzo. Servizio su chiamata. Eventuale nomina degli idonei oltre il secondo classificato, entro un anno.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Condotta piena; L. 3500 lorde; ab. 3350. Scad. 31 marzo.

GRAGLIA (*Novara*). — Consorzio con Muzzano. Scadenza ore 12 del 24 marzo. Kmq. 32.92, in collina e montagna; ab. 3000 circa. L. 1200 per circa 100 poveri e L. 250 per suppl.; eventuali nomine a medico della Società operaia e ad U. S. Servizio entro il 15 aprile.

GRANZÈ (*Padova*). — Condotta; L. 4850 e L. 150 per uff. san. Alloggio. Scad. 20 marzo.

LETINO (*Caserta*). — Medico per la generalità (ab. 1200); L. 3200 lorde di R. M., compreso le indennità di U. S., servizi inerenti e per la tenuta dell'a. Scad. pres. dei titoli 31 marzo.

LOMBIASCO (*Torino*). — Medico; L. 2300 cura poveri ed abbienti. Scad. 20 marzo.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). — Condotta pei poveri; L. 2000 lorde. Scad. un mese dal 10 marzo.

FIUGGI (*Roma*). — Concorso per titoli ad entrambe le condotte medico-chirurgiche per la generalità; L. 4500 lorde ciascuna. Scadenza 16 aprile.

MONTICIANO (*Siena*). — Condotta; ab. 1811 a Monticiano, capoluogo, che comprende anche Scalvaia; L. 3000 e L. 700 per cav., L. 100 se uff. san. e 2 aum. sessennali del decimo. Dom. e doc. d'uso. Richiedere schiar. Scad. 25 marzo.

NOVARA. *R. Scuola di ostetricia.* — Medico assistente; età meno di 35 anni e assistentato per almeno 3 anni in una Clinica ostetrica o maternità. Tit. ed esame. Stip. L. 500. Scad. 31 marzo.

PECORARA VAL TIDONE (*Piacenza*). — Condotto; L. 3100 lorde e L. 100 U. S., L. 800 ind. cav. Scadenza 31 marzo.

PETRALIA SOPRANA (*Palermo*). — Concorso ad una delle due condotte. Stipendio L. 3000 oltre assegno di L. 166.25 dell'Ospedale civile per il servizio interno. Scadenza 31 marzo.

POLVERICI (*Ancona*). — A tutto 30 marzo condotta; lorde L. 3000 pei poveri, L. 800 pei semiabbienti (fino al reddito di L. 4200) e L. 200 quale U. S., con tre sessenni, senza obbl. cav.; Ospedale e ambulatorio. Servizio entro 15 giorni.

POVIGLIO (*Reggio Emilia*). — Condotta medica in pianura; L. 3000 pei poveri; indennità cav. L. 500, tre sessenni. Scad. 20 marzo.

REGGIO EMILIA. *R. Prefettura.* — Secondo medico assistente presso il locale Manicomio giudiziario; L. 1800; titoli; domanda da L. 1.25; età massima 40 anni; statura non inferiore a m. 1.65. Residenza entro 15 giorni. Chiedere l'annunzio. Scadenza 15 aprile.

SANTO STEFANO D'ASPROMONTE (*Reggio Calabria*). — Condotta per 5 comuni; L. 2000 più L. 300 ind. cav. Scad. 20 marzo.

SCHEGGIA-PASCELUPO (*Perugia*). — Seconda condotta (Pascelupo); L. 2200 p. poveri e L. 1000 p. gli abbienti, lorde; L. 600 pel mantenimento del cavallo, L. 200 indennità all., L. 100 gestione a. f. Scad. a tutto 31 marzo.

SCORTICATA (*Forlì*). — Condotto. Popolazione 1433. Servizio gratuito famiglie povere. L. 3500 lorde, oltre L. 150 quale U. S., con due sess. Serv. entro 15 giorni. Scad. 30 marzo.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — Medico primario di sezione del manicomio di S. Niccolò; L. 3700, lorde, aumentabili di un decimo per quattro quinquenni consecutivi; quartiere senza mobilia o indennità di alloggio di L. 480 se ha famiglia, altrimenti dell'alloggio individuale nello Stabilimento (camera mobiliata). Docum. ufficio di Segr. (Piazza del Duomo n. 2) non più tardi delle ore 16 del dì 25 marzo. Età non superiore ai 35 anni alla data della chiusura. I medici del manicomio non avranno limite d'età. Iscrizione in una Sezione dell'Ordine dei medici del Regno. È vietato assumere altri servizi retribuiti.

* SILLAVENGO-LINDIONA (*Novara*). — Condotta consorziale; L. 5000 lorde. Capitolato visibile in Segreteria del Comune di Sillavengo. Popol. 2450. Scad. 20 marzo.

TEGLIO (*Sondrio*). — Medici 2° e 3° reparto; condotte piene; L. 4000, per ogni reparto, netto da R. M. Scadenza 31 marzo, ore 16.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Condotta residenziale del Capoluogo; ab. 2700; poveri circa 450; stipendio L. 2500; due quinquenni; indennità cavalcatura L. 750; U. S., L. 200. Proventi professionali L. 3000. Esiste comodo quartiere libero pel medico. Scade 26 marzo.

TORRICE (*Roma*). Condotta generalità; ab. 4527 in 715 famiglie; ettari 1736; in due condotte; L. 1500 poveri, L. 1500 abbienti; sessenni. Età limite 40 anni. Scad. un mese dal 21 febbraio.

TOSCOLANO (*Brescia*). — Condotta; L. 2800 per circa 600 pov. e 2 sessenni, al netto di R. M. Scadenza 15 marzo. (L'annunzio ci è pervenuto il 5 marzo).

UMBERTIDE (*Perugia*). — Condotta per Preggio; L. 2866 pei pov., L. 1433.36 per gli abb., con tre sess.; L. 200 per suppl.; assicuraz.; ab. 2500. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 5 marzo.

VERGHETTO (*Firenze*). — Condotta di Alfero; ab. 2019 in 9 parrocchie; L. 3000 con due sessenni, p. poveri, L. 1100 p. gli abbienti, L. 600 per la cav., lorde; assicur.; L. 100 dal Comune di Sarsina. Scad. il 30 marzo.

VETTO (*Reggio Emilia*). — Condotta; L. 4000 lorde compresa in detta somma indennità U. S. Scadenza 18 marzo.

* VILLAMIROGLIO (*Alessandria*). — Medico per cura pov. ed U. S.; lorde L. 1125. Scad. 20 marzo.

ZORLESCO (*Milano*). — Generalità, approvato dalla Sezione Lodigiana M. C.; L. 3500; indennità mezzo di trasporto, senz'obbligo di cavallo, L. 300; per U. S. L. 100; il tutto netto da R. M. e con tre sessenni. Scadenza 17 marzo.

Giovane medico chirurgo cerca subito buon interinato. Scrivere Bellini, Via Bixio, 71, Roma.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide sanzionate: Persiceto [per Decima] (Bologna), Travo e Pecorara (Piacenza).

Revoca di diffide: Pianello Val Tidone (Piacenza), S. Casciano dei Bagni (Siena), Orciano di Pesaro (Pesaro-Urbino).

Ci si scrive per rilevare che i concorsi dell'Ospedale di Varazze sono deplorati dalle Associazioni del Corpo medico, date le condizioni onerose imposte (L. 300 annue quando le condizioni dell'Ospedale lo permetteranno) e per la dignità della classe medica italiana.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

ROMA. — È riuscito vincitore del concorso per il premio Rolli (L. 1000) per la clinica chirurgica, la clinica medica e la medicina operativa, il laureando Blasi Gaetano che già negli altri anni aveva conseguito lo stesso premio per la patologia generale, la farmacologia e la istologia patologica nonchè per la patologia medica e chirurgica.

La Commissione giudicatrice era composta dai proff. Alessandri, Bonomi, Durante, Giani, Zeri.

NOTIZIE DIVERSE.

Il tipo unico di pane di frumento.

Il ministro dell'interno, d'intesa col ministro d'agricoltura, veduta la relazione della Commissione incaricata con decreto ministeriale 12 febbraio di proporre un tipo unico di pane che, rispondendo alle esigenze della igiene alimentare, richieda un consumo notevolmente minore di grano, ha decretato:

Art. 1. — È resa obbligatoria la produzione di un tipo unico di pane di frumento, corrispondente a quello conosciuto sotto il nome di pane casalingo, confezionato con farina abburattata in ragione del 20 % e cioè dell'80 % di resa.

Detto tipo di pane dovrà essere preparato in forme di peso non superiore ai 500 grammi ciascuna. Non sarà tollerato un contenuto di acqua superiore al 35 % misurato entro le 12 ore successive allo sfornamento.

Art. 2. — È vietato vendere, ritenere per vendere, o somministrare per compenso ai propri dipendenti pane diverso dal tipo indicato nell'art. 1.

Per le forniture agli ospedali e agli istituti di cura, nonchè per gli ammalati a domicilio pei quali il medico ne attesti la necessità, i prefetti hanno facoltà di consentire deroghe al divieto di cui al comma precedente; prescrivendo le opportune cautele e fissando uno o più panifici ammessi, in via eccezionale, allo smercio di pane confezionato con farina abburattata in ragione superiore al 20 %.

La razione giornaliera di pane, consentita per ciascun ammalato, non sarà superiore ai 200 grammi.

Art. 3. — Le disposizioni di cui al presente decreto non si estendono:

1° alla produzione e alla vendita delle paste alimentari, delle paste dolcificate e dei biscotti;

2° alla produzione ed alla vendita di pane di granturco, di segala e di altro cereale che non sia il frumento;

3° alla produzione ed alla vendita del pane confezionato con farina di frumento mescolata con altra farina (granturco, riso, segala), solo pei Comuni nei quali tali tipi di pane sieno in uso consuetudinario e limitatamente ai bisogni dei Comuni medesimi. Tale miscela dovrà essere annunziata ai compratori mediante appositi cartelli nei locali di vendita.

Art. 4. — La sorveglianza per l'applicazione delle presenti norme è affidata ai medici provinciali, agli ispettori delle industrie e del lavoro, agli ufficiali sanitari, agli agenti comunali incaricati della vigilanza annonaria nonchè agli ufficiali ed agenti di polizia giudiziaria.

A tale scopo essi hanno libero accesso nei locali tutti adibiti alla produzione, al deposito ed alla vendita del pane e possono procedere in qualsiasi momento al prelevamento dei campioni ed a tutte le indagini che ritengano necessarie.

A cura specialmente degli ufficiali sanitari debbono essere eseguite frequenti ispezioni per prevenire e reprimere le possibili adulterazioni e constatare le eventuali alterazioni.

Art. 5. — I campioni di pane da sottoporsi alle analisi vengono prelevati in doppio e in quantità non inferiore a 500 grammi per campione.

I campioni, avvolti in tela ovvero in carta robusta, sono suggellati e firmati dal detentore e da chi esegue il prelevamento: uno di essi vien subito spedito ad uno dei Laboratori, che debbono essere designati per le analisi dai prefetti, per ciascuna provincia.

Di ogni prelevamento viene redatto apposito verbale, copia del quale è inviata al Laboratorio che eseguirà le analisi, i cui risultati debbono essere comunicati subito al prefetto per l'eventuale denuncia all'autorità giudiziaria.

Le analisi sono eseguite gratuitamente.

Il detentore del pane non ha diritto ad alcun rimborso per i campioni prelevati.

Art. 6-9. — *Omissis.*

Il pane di tipo unico sarà identico a quello detto di munizione.

La preparazione sanitaria per l'esercito.

L'« Agenzia Italiana » annunzia che presso i Laboratori della Sanità pubblica si provvede alacremente alla preparazione del vaccino antitifico per l'esercito di terra e di mare. Data l'insufficienza dei Laboratori, malgrado l'assunzione di personale straordinario, sono stati incaricati della bisogna anche gli Istituti d'igiene di Siena e di Torino.

Non appena sarà completato l'intero fabbisogno, si provvederà alla fabbricazione del vaccino anticolerico e del siero antitetanico.

I quantitativi richiesti dalle autorità militari dovranno essere pronti entro il mese di marzo.

Per l'assistenza sanitaria in guerra.

Ad iniziativa del prof. Iginio Tansini, nella Clinica chirurgica da lui diretta presso la R. Università di Pavia sono stati organizzati corsi accelerati per gli studenti degli ultimi anni di medicina sulle fasciature, gli apparecchi e l'assistenza ai feriti in guerra (prof. Zandonini) e sulla traumatologia di guerra (prof. Predieri). A questi corsi si sono iscritti circa 150 allievi i quali, per accordi con l'autorità militare, presso le infermerie presidiarie di Pavia e di Alessandria (sede del II Corpo d'armata) saranno pure istruiti per tutto ciò che riguarda gli ordinamenti sanitari nei servizi militari.

I servizi sanitari nell'esercito italiano.

All'Associazione sanitaria milanese il tenente colonnello dott. Grotti ha parlato a un numeroso uditorio sul tema: « Come è organizzato e come funziona il nostro servizio sanitario militare in tempo di guerra ».

Il conferenziere, dopo aver detto degli organi direttivi ed esecutivi, si diffuse ad illustrare il materiale sanitario esistente presso i corpi di truppa e presso gli stabilimenti di prima e seconda linea e di riserva.

Prese poi la parola il prof. Denti, il quale, dopo aver dimostrato l'importanza del servizio sanitario militare, deplorò che la maggior parte dei medici civili che saranno chiamati a collaborare al fianco dei medici militari, sia quasi digiuna della istruzione necessaria, sicchè in caso di mobilitazione i medici civili si trov[illegible]rebbero imbarazzati nel disimpegno delle loro delicate mansioni. Credette di farsi interprete dei sentimenti dei colleghi in questione col presentare un ordine del giorno in cui si riconos[illegible] la necessità di una conveniente preparazione dei medici civili al servizio sanitario militare in tempo di guerra e si fanno voti perchè il Go-

verno provveda in via d'urgenza a tale indispensabile preparazione dei medici civili che dovranno essere chiamati a prestare l'opera loro in un'eventuale guerra, istituendo presso le Direzioni di sanità e presso gli Ospedali militari corsi preparatori, accelerati, teorico-pratici, obbligatori per i medici civili anzidetti. L'ordine del giorno venne approvato all'unanimità.

Sulla chirurgia di guerra.

Alla sede dell'Associazione stessa il capitano medico dott. Federico Zuccari ha tenuto una conferenza sulla chirurgia di guerra.

Dopo un accenno sommario alle armi moderne e alla loro azione su tessuti ed organi, ha parlato delle ferite d'arma da fuoco rispetto alla vitalità dei tessuti ed alle loro qualità batteriche e dei primi soccorsi chirurgici sul campo di battaglia. Ha posto il questionario sulla medicazione asettica ed antisettica e si è intrattenuto sulla chirurgia conservativa come viene intesa oggi. Successivamente ha illustrato la chirurgia delle regioni. Il conferenziere ha concluso colla enunciazione dei possibili miglioramenti da apportarsi col tempo alla nostra organizzazione sanitaria in guerra.

Una conferenza sul tetano.

Alla sede dell'Associazione predetta il professor Serafino Belfanti, direttore dell'Istituto sieroterapico milanese, ha parlato ad un numeroso uditorio di un argomento che la guerra ha reso di importante attualità, e cioè del tetano, di cui gli eserciti europei subiscono nel conflitto attuale le tristi conseguenze.

L'assistenza ai malati e ai feriti.

In un'aula delle scuole comunali di Milano in via Felice Casati si è inaugurato un primo corso di istruzione gratuita per l'assistenza degli ammalati e per i soccorsi d'urgenza ai feriti, che il Comitato di beneficenza e pro-interessi del rione di porta Venezia ha voluto iniziare per popolarizzare con metodo pratico i rimedi d'urgenza in caso di infortuni e di ferimenti. Esso sarà tenuto dai dottori Vincenzo Denicotti e Arturo Celada.

Ordinanza di Sanità marittima.

Constatata la comparsa della peste bubbonica a Mitilene, un decreto ne sottopone le provenienze alle disposizioni contro la peste bubbonica contenute nell'ordinanza di sanità marittima, n. 10, del 1° settembre 1907.

Corsi per i medici pratici.

L'Associazione Romana fra i liberi docenti ha deliberato di tenere dal 16 aprile al 9 maggio p. v. dei corsi d'istruzione per i medici pratici col titolo di « Convegno di cultura medico-chirurgica ». In ciascuno di questi corsi saranno svolti in modo compendioso, argomenti circonscritti, con ampio corredo dimostrativo e pratico, utilizzando i mezzi delle scuole universitarie e degli ospedali. I frequentatori sentiranno esposto lo stato attuale di questioni controverse d'importanza fondamentale e avranno l'opportunità di apprendere e d'interpretare nei loro risultati quei sussidi di tecnica più recenti e meno noti che sovente loro converrebbe di applicare, anche giovandosi dello studio di casi clinici di più notevole interesse.

Con questa iniziativa l'Associazione si propone di concorrere ad una periodica rinnovazione della cultura del pratico, che è spesso lontano dai centri di studio e assorto dal gran lavoro.

I corsi, ciascuno contenuto nelle poche lezioni strettamente necessarie, saranno i seguenti: Amante Manin, « Clinica delle fratture e delle lussazioni »; Ascarelli Attilio, « Il referto medico-legale »; Bastianelli Raffaele, « Chirurgia dell'apparato digerente »; Bilancioni Guglielmo, « Esame della laringe e delle malattie laringo-tracheali con soccorso d'urgenza »; Bonanome Luigi, « Mezzi di esplorazione delle vie genito-urinarie »; Carducci Agostino, « Clinica dell'apparato respiratorio e circolatorio »; Carruccio Mariano, « Le moderne vedute nella terapia delle malattie celtiche »; Cassini Eugenio, « Clinica dell'apparato urinario »; Cortesi Fabrizio, « Le piante medicinali »; De Carli Diodato, « Esame dell'orecchio esterno e medio »; Forlì Guasco, « Elettroterapia ed elettrodiagnostica »; Gallenga Pietro, « Semeiologia dell'apparato gastro-enterico »; Giudiceandrea Vincenzo, « Tecnica diagnostica ematologica »; Montesano Giuseppe, « Psichiatria applicata alla pratica forense e all'igiene scolastica »; Montesano Vincenzo, « Dermatosi parassitarie più comuni e loro moderna terapia »; Nicoletti Vincenzo, « Cura delle deformità »; Roselli Romeo, « Malattie della congiuntiva e della cornea con speciale riguardo al tracoma »; Serena Mario, « Diagnostica radiologica ».

Per le iscrizioni, le quali verranno chiuse, appena raggiunto il limitato numero stabilito, rivolgersi al segretario prof. Guglielmo Bilancioni, via Avignonesi, 5, Roma, inviando la quota di L. 40.

Le lezioni cominceranno il 18 aprile e termineranno il 7 maggio, per lasciare prima e dopo due giorni di tempo per quei medici che verranno dalla provincia e che potranno godere di un ribasso ferroviario.

La Croce Rossa per i medici nelle zone del terremoto.

Il Consiglio direttivo della Croce Rossa Italiana ha stabilito di far costruire delle abitazioni di carattere permanente a due piani nei paesi devastati dal terremoto, perchè siano adibite ad abitazioni dei medici condotti. La Croce Rossa, volendo associarsi all'opera iniziata dal Comitato Pro Case Abruzzo, ha deciso di procedere alla costruzione di comune accordo col Comitato stesso, portando alla sottoscrizione il notevolissimo contributo di lire 120,000, prezzo complessivo delle case da farsi.

Il conte Della Somaglia, presidente della Croce Rossa, ha scritto all'on. Cappelli, presidente del Comitato Pro Case Abruzzo, per gli opportuni accordi per la sistemazione delle case dei medici nei villaggi in corso di costruzione, da costruirsi dal Comitato stesso.

Per i feriti trentini.

La presidenza del Circolo universitario Contardo Ferrini ha compiuto due spedizioni di libri ai feriti trentini, sorpassando il migliaio di volumi. Ringrazia quanti, accogliendo il suo invito, hanno concorso all'ottimo successo della buona iniziativa, che fu dai beneficati assai apprezzata e gradita.

Rassegna della stampa medica.

Arch. di Farm. e Scienze aff., 15 ott. PATTA: Sul metabolismo delle lecitine e della colina.

La Presse Méd., 19 nov. COLARDEAU: Localizzazione dei proiettili. — TALAMON e POMMAY: Trattamento del tetano con l'acido fenico.

The Lancet, 21 nov. CHEYNE: Il trattamento delle ferite in guerra. — WILSON: La morfologia dei bacilli tubercolari in rapporto alla prognosi.

Mediz. Klinik, 22 nov. SUDEK: Trattamento del flemmone gassoso con iniezioni di ossigeno. — JANNOWICZ: Le epidemie in guerra. — GOLDMANN: Ferite del capo in guerra dal punto di vista dell'otologo.

Pensiero Med., 22 nov. CERNEZZI: Sui tumori del legamento rotondo.

Münch. Med. Woch., 24 nov. KLEIN: Fissazione del complemento nel vaiolo. — PERTHES: Sulle operazioni in campo. — BRUGLOCHER: Sostituti del materiale per medicature.

Boll. d. Mal. dell'Orecchio, ecc., nov. TORRINI: Cura dei papillomi laringei con la magnesia calcinata.

Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 nov. MURET: Isteropessi addominale diretta e puerperalità.

La Presse Méd., 26 nov. BOUSQUET: La vaccinazione antitifica.

Bull. de l'Ac. de Méd., 24 nov. TERSON: Trattamento delle ferite dell'occhio.

Zeitsch. f. Tuberk., nov. LOWENBREIN: La reazione dell'albumina nell'espettorato dei tisici. — KUSNETZOFF: La specificità delle cere come antigeni parziali.

The Journal A. M. A., 21 nov. MILLS e WEISENBURG: Sintomi cerebellari e localizzazioni cerebellari. — BABBIT: Ricostruzione del setto nasale. — IGLANER: La roentgengrafia nella diagnosi delle malattie della laringe e della trachea. — ROSENOW: Batteriologia della colecistite.

Gazz. d. Osp., 26 nov. PISANI: Valore pratico del pneumotorace terapeutico. — BINDI: Il metodo Tansini nel carcinoma ulcerato della mammella.

Rev. Clin. de Madrid, 30 nov. DE TOLEDO: la reazione colorante del sangue di Baecchi.

Wien. klin. Woch., 26 nov. v. HABERER: Sutura circolare della carotide comune. — JAGIC: Estirpazione della milza nell'anemia perniciosa.

Derm. Woch., 28 nov. FRUHWALD: Infettività del sangue nello stadio latente della sifilide congenita.

Ztbl. f. inn. Med., 28 nov. STERNBERG: Le polveri dei legumi in dietetica.

Ztbl. f. Chir., 28 nov. LANZ: I sintomi genitali nella diagnosi di appendicite.

Pens. Med., 29 nov. BACIALLI: Dilatazione del tronco d'origine dell'arteria polmonare. — BETTI: Leucemia e benzolo-terapia.

Gazz. d. Osp., 29 nov. FUSCO: Il vomito dispeptico dei lattanti.

Il Morgagni, nov. MARCO: Cura chirurgica del prolasso dell'utero col metodo Schwarz. — MILLIONI: Diagnosi, prognosi e terapia dell'ileo-tifo.

Riv. crit. di Clin. med., 28 nov. SCHIASSI e SANGUINETTI: Leucemia acuta linfatica.

Ann. di Nevrol., III. BIANCHI: L'afasia amnesica.

Giorn. Intern. d. Sc. Med., 30 nov. VANNELLI: Metriti e fibromiomi. — PALIERI: Impotenza simulata.

Berl. Klin. Woch., 30 nov. OPPENHEIM: Urologia in guerra. — MELCHIOR: Le congelazioni in guerra.

The Lancet, 28 nov. DUCKWORTH: Malati e malattie. — OVEREND: Sulla localizzazione dei proiettili e degli shrapnels.

La nuova Riv. Clin.-Ter., 30 nov. DE RENZI: Il bagno caldo di sole nella cura della peritonite tubercolare.

La Clin. Ostetr., 30 nov. VERNEY: La Roentgenterapia intensiva in profondità nella ginecologia.

The Boston M. a. S. Journal, 26 nov. CHUTE: La mortalità consecutiva alla prostatectomia. — BRYANT: Il solfato di magnesia nella meningite cerebro-spinale streptococcica purulenta.

Trop. Diseases Bulletin, nov. Relazione d'igienei applicata nei tropici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XXII. Roma, 21 marzo 1915 Fasc. 12

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AVVISO. — Gli associati che intendono profittare del premio ordinario pel 1915

Manuale di OTO-RINO-LARINGOIATRIA

compilato dal prof. G. BILANCIONI

assistente alla R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica e aiuto medico negli Ospedali di Roma,

sono pregati di affrettare l'invio dell'importo del loro abbonamento (1) pel corrente anno 1915, perchè la stampa di tale volume è pressochè ultimata ed il medesimo verrà subito inviato *soltanto a coloro che avranno effettuato il pagamento prima del* 31 *marzo* 1915 o che avranno autorizzato la nostra Amministrazione ad inviarglielo gravato d'assegno pel dovuto importo di abbonamento e prescritte spese di spedizione **nonchè per le accessorie tasse postali di assegno, ecc.**

(1) Per le spese d'affrancazione, raccomandazione, ecc., del Premio, unire all'importo d'abbonamento 50 centesimi se per l'Italia e fr. 1 se per l'Estero.

Ricordiamo che i Vaglia-lettere e le Cartoline-vaglia debbono essere indirizzati esclusivamente al prof. Enrico Morelli, Via del Tritone, 46, Roma.

L'AMMINISTRAZIONE.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Parma
diretta dal prof. L. RONCORONI.

Considerazioni patogenetiche su un caso d'isterismo

per il dott. SEBASTIANO INDELICATO, assistente.

Il caso clinico che descrivo porta un contributo alla patogenesi dell'isterismo.

G... C..., d'anni 29, sarta di Fontanellato, con una spiccata ereditarietà, perchè negli ascendenti si osservò tubercolosi polmonare, apoplessia cerebrale, alcoolismo, reumatismo articolare, fu colta a 13 anni da violenti e ripetute epigastralgie, con nausea e vomito. Mestruata a 16 anni ebbe irregolari le mestruazioni; presentò a 17 anni emianestesia sinistra, che con esacerbazioni e remissioni si mantenne per più di due anni, accompagnata da paresi e da contratture in estensione. A 20 anni accusò cefalee, vertigini, vomito, ritenzione di orina, tanto che si sospettò una meningite.

Poco dopo fu ricoverata nella Clinica di Mibelli per una forma cutanea che fu diagnosticata come gangrena cutanea isterica, la quale, con varie alternative perdurò per molti anni. Nell'aprile del 1913 manifestò una nuova e grave sindrome: la paziente era travagliata da forti cefalalgie con vertigini, convulsioni generali, stati di incoscienza e di subcoscienza, impulsi a mordersi la lingua e la mano destra, agitazione psicomotoria, talora dispnea, voce rauca e certe

volte afona. All'esame laringoscopico si riscontrò paralisi delle corde vocali a forma cadaverica. Presentatisi disturbi della deglutizione, dovette essere alimentata artificialmente; in seguito si manifestò impossibilità a sporgere la lingua, immobilità del velo pendolo, esagerazione dei riflessi profondi. Le scosse muscolari non avevano il modo di successione e i caratteri propri dell'epilessia, mentre essa sollevava gli arti in totalità e li lasciava ricadere con forza sul piano del letto e cercava di gettarsi dal letto; inoltre la lunga durata degli accessi, la mancanza di aura, di grido, di incontinenza di feci e di urine, la concomitanza di analgesie e di anestesie parlavano a favore della natura isterica di essi. Dimessa molto migliorata nell'ottobre 1913, in seguito a ripetute punture lombari, la paziente ritornò all'ospedale nel gennaio di quest'anno.

I sintomi che l'ammalata presentava in questo periodo erano: accessi di dispnea, specie inspiratoria e di disfonia che si alternavano frequentemente e rapidamente con altri di sola dispnea o di sola disfonia. Le corde vocali all'esame laringoscopico assumevano una posizione simile alla Y rovesciata, per paralisi dell'interaritenoideo, durante la fonazione, mentre durante la respirazione si movevano regolarmente. Si aveva inoltre la ormai abituale anestesia ed emiparesi, con ritenzione di urina e di feci; la temperatura oscillava tra i 37° e i 38° e raramente raggiungeva i 39°; frequenti erano le convulsioni analoghe a quelle già ricordate. Ripetute rachicentesi portarono ancora un notevole miglioramento.

All'esame obbiettivo notavasi essenzialmente la presenza di qualche carattere degenerativo, come la mandibola sporgente e le rughe frontali evidenti, oltre alle bozze frontali; impurità del primo tono in tutti i focolai, specie alla mitrale; talora lieve strabismo con deficienza dei retti esterni, torpida reazione delle pupille alla luce, all'accomodamento e al dolore, midriasi, campo visivo notevolmente ristretto concentricamente, abolizione del riflesso faringeo, ipoestesia tattile e dolorifica sinistra, diminuzione dei sensi specifici a sinistra, perdita del senso del caldo, vivi i riflessi profondi, assenti i segni di lesione organica e di reazione elettrica degenerativa, però con diminuzione dell'eccitabilità elettrica dei nervi e dei muscoli, negativa la Wassermann, presente la cutireazione alla tubercolina, nulla di saliente nell'urina e nel sangue; normale il liquido cefalo-rachidiano, la cui pressione era di di 400 mm.

Quando la paziente potè alzarsi dal letto, trascinava il piede sinistro e talora lo lanciava avanti al destro, con deambulazione capricciosa. Dal lato psichico fu sempre eccitabile, diffidente, facile ad adirarsi, caparbia nelle decisioni, ma instabile negli affetti, dedita fin dall'età di 10 anni all'onanismo. Opportunamente interrogata, rivela di essere stata segno di tentativi osceni all'età di 7 anni, a 15 e più tardi una terza volta, ma solo degli ultimi due tentativi ebbi conferma dai parenti. La sincerità dell'ammalata lascia alquanto a desiderare; più volte ad esempio tentò di alterare i dati termometrici; l'intelligenza è piuttosto scarsa. I dati sperimentali sulla memoria e sull'attenzione non presentano nulla di anormale, come pure le ricerche sulla coscienza, all'infuori degli stati accessuali.

In questo caso sono sopratutto da tenere in considerazione i reperti laringoscopici che furono così differenti in due diversi esami fatti a distanza di circa un anno. Essi non possono essere attribuiti a fattori organici e perchè i sintomi variavano spesso rapidamente in un breve lasso di tempo e perchè mancava il movente etiologico ed un processo morboso locale al quale riferire la sindrome e per la mancanza di segni di lesione organica centrale e dei nervi. Si è quindi costretti ad attribuire la paralisi laringea a processi funzionali. D'altra parte queste paralisi laringee non possono dipendere da suggestione e quindi in ultima analisi da volontà; questa infatti non può agire isolatamente sul muscolo interaritenoideo inibendone la funzione e determinando quindi la posizione ad Y rovesciata delle corde vocali durante la fonazione, perchè anche durante questa il muscolo interaritenoideo deve agire fisiologicamente di conserva agli altri muscoli costrittori della glottide. In nessun modo possiamo quindi attribuire questo sintomo alla suggestione. Anche la gangrena cutanea che si manifestò nella paziente non può essere attribuita a suggestione, mentre per essa nella Clinica di Mibelli venne esclusa la simulazione.

Il caso quindi è un prezioso documento obbiettivo contro la patogenesi dell'isterismo esclusivamente fondata sulla suggestione come vorrebbe Babinski. Anche i disturbi della deglutizione e la ritenzione delle feci e delle urine prolungate per mesi, anche in periodi in cui la coscienza era integra, male si possono conciliare colla teoria della suggestione, quando manchi, come nel nostro caso, un profondo pervertimento della personalità.

In apparenza il caso sembrerebbe venire in appoggio alla dottrina del Freud intorno al rapporto fra le manifestazioni isteriche ed i fenomeni della sessualità, ma in realtà non possiamo assicurare la reale esistenza di un tentativo osceno sulla paziente all'età di 7 anni, mentre gli altri due che sono accertati, sopravvennero quando già i fenomeni isterici si erano iniziati. E il fatto che i medesimi traumi sessuali possono dare origine, secondo Freud, tanto all'isterismo che alle forme ossessive, le quali con quello hanno tanta sostanziale differenza, diminuisce il valore di quella teoria, senza affatto negare che i traumi sessuali possano, come altri moventi morbosi, avere in casi speciali una spiccata influenza.

Anche la dottrina di Janet, pure fondata su tanti documenti, non ci permette di comprendere come l'automatismo psicologico possa determinare la gangrena cutanea, la midriasi, le paralisi laringee, ecc.

Kraepelin si appoggia sulla concezione di Moebius che l'isterismo sia un originario abnorme stato psichico che dipenda dal fatto che cambiamenti patologici somatici sono provocati da rappresentazioni fortemente emotive, anzi spesso da sentimenti il cui contenuto rappresentativo è poco chiaro. Le turbe isteriche sarebbero quindi scariche emozionali svisate e le emozioni avrebbero una influenza esclusiva, fatto che nel nostro caso non può essere dimostrato, così come non si può spiegare come le emozioni possano determinare gangrene cutanee, paralisi dell'interaritenoideo, torpidezza dei riflessi pupillari, senza dire che le emozioni hanno gran parte anche in altre malattie, come nella nevrastenia.

Salmon ammette come sostrato dell'isterismo la iperestesia della sensibilità cenestetica, ma non si comprende perchè la cenestesi dovrebbe essere isolatamente compromessa nell'isterismo, mentre le altre funzioni psichiche non dovrebbero essere per sè stesse compromesse, quando è legge generale anche nelle lesioni organiche che le funzioni cenestetiche non siano le prime a subìre il danno di cause morbose generali.

Molte altre teorie furono proposte anche recentemente e qui ricorderemo solo quella di Bianchi. Per questo A. la sintomatologia isterica rientra nella psicopatologia. Tre caratteri la distinguono: una grande emotività; una disgregabilità psichica (per cui la personalità si scompone e ricompone rapidamente sotto le più inafferrabili circostanze) che trova il suo sostrato in alterazioni dinamiche; una mentalità infantile. Il secondo carattere spiega le stigmate isteriche da cui dipende il restringimento del campo della coscienza, la suggestionabilità e anche i fenomeni organici; concezione questa simile, come vedremo, a quella che già sostenne il Roncoroni salvo per ciò che riguarda i fenomeni organici per i quali veramente invocare un meccanismo puramente psichico, non appare spiegazione esauriente.

Veramente gli AA. nella interpretazione della patogenesi dell'isterismo si lasciano generalmente dominare da un solo concetto; senza tener conto della complessità del problema, quale si rivela dall'analisi di ciascun caso. Così nel mio caso trovo i seguenti dati fondamentali:

una disintegrazione del carattere anteriore all'inizio della malattia (condotta ora religiosa, ora indifferente, intermittenza al lavoro, diffidenza, caparbietà, ecc.);

la mancanza di gravi cause morbose determinanti la prima manifestazione isterica, mentre è dubbio se a determinare le successive abbiano avuto influenza cause tossiche ed infettive;

il modo di apparire ad accessi dei fenomeni morbosi in diverse epoche;

l'ereditarietà nevropatica, artritica e tubercolare;

la scarsezza dei caratteri morfologici degenerativi, fatto abituale nel sesso femminile anche nelle forme cliniche a carattere eminentemente ereditario;

la presenza di anestesie, restringimento del campo visivo, stati accessuali di subcoscienza con automatismo non così assoluto come nell'epilessia, perchè gli atti compiuti nell'accesso conservano ancora un carattere volontario;

la mancanza di sistematizzazione dei fenomeni, poichè e la natura di essi (spasmi, paralisi, disturbi trofici) e gli apparati colpiti (laringe, cute, occhi, ecc.) variano da volta a volta.

Ora le anestesie e gli stati di subcoscienza indicano un restringimento dei campi corticali sensitivi e del campo della coscienza, ossia del campo dei vertici delle attività psichiche; la presenza dei disturbi trofici transitorî e delle paralisi reintegrabili dimostra che non solo si hanno disturbi dei centri sensoriali e psichici, ma che anche la funzione di taluni centri organici e motorî è diminuita o inibita, mentre la presenza di spasmi e di convulsioni dimostra che in alcuni centri motorî si ha talora una funzione disordinata in eccesso.

Dobbiamo quindi concludere che l'isterismo consiste in un alterato dinamismo non solo dei centri psichici e sensitivo-sensoriali, ma anche dei centri motorî ed organici; esso, come sostiene il Roncoroni, è costituito da un complesso patogenetico al quale concorrono la mancanza di alterazioni anatomo-patologiche attualmente riconoscibili, la presenza di caratteri propri delle forme parafreniche (ereditarietà, disintegrazione del carattere, manifestazioni accessuali), la nessuna o dubbia influenza delle cause morbose attuali, la scarsa tendenza alla sistematizzazione dei sintomi, l'alterata eccitabilità, sia in difetto, sia in eccesso, sia per centri diversi contemporaneamente in eccesso e in difetto, non solo dei centri psichici, ma anche dei centri di moto, di senso ed organici.

Per definire quindi l'isterismo, senza restringerne arbitrariamente i limiti e svisarne il concetto, bisogna ripetere tutti i caratteri da cui è costituito il suo complesso patogenetico.

BIBLIOGRAFIA.

L. RONCORONI. *Introduzione alla clinica delle malattie nervose e mentali*. Torino, Unione Tipografica Editrice.

ID. *Considerazioni intorno alla patogenesi dell'isterismo*. Arch. di psich., 1906.

ID. *Le nuove idee sulla patogenesi dell'isterismo.* Arch. di psich., 1909.
U. GABBI. *Sopra un caso di gangrena cutanea in soggetto isterico.* Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle, 1907.
A. MORSELLI. *Sulla natura dell'isterismo.* Quaderni di psich., 1911.
A. VEDRANI. *Sul concetto dell'isteria.* Quaderni di psich., 1911.
ID. *Un articolo di Kraepelin sull'isteria.* Quaderni di psich., 1914.
A. SALMON. *Il meccanismo dei fenomeni isterici.* Quaderni di psich., 1914.
L. BIANCHI. *Contributo alla conoscenza dell'isterismo.* Annali di nevrol., 1911.
Per i lavori precedenti, rimando all'estesa bibliografia raccolta dal LEWANDOWSKI nel capitolo sull'*Isterismo* dell' « Handbuch der Neurologie ».

RIVISTE SINTETICHE.

I nuovi rimedi (1).

MEZZI FISICI.

La farmacopea cede oggi molta parte dei suoi diritti e del suo prestigio alla fisioterapia.

Resta indubbiamente ancora molto da apprendere sul dinamismo con cui i mezzi fisici agiscono e sulle modalità con cui debbono essere usati. D'altra parte molte risorse della fisioterapia sono costose e difficilmente accessibili. Non poche vengono monopolizzate da speculatori i quali destano l'antagonismo etico dei medici.

Per tutti questi motivi si nota nella classe medica la tendenza a disinteressarsi dei mezzi fisici di cura. Ma l'evidenza dei risultati convince l'osservatore spregiudicato che esplicano una efficacia veramente straordinaria e che sono meritevoli di estese applicazioni.

* * *

I successi più cospicui sono stati ottenuti dalla *irradioterapia,* cioè dai *raggi X,* dal *radium,* dal *motothorium,* dalle *emanazioni* di radium e di thorium X, ecc.

Grazie a queste nuove risorse curative la guarigione incruenta del cancro avanzato e inoperabile è divenuta ormai una realtà obbiettiva.

All'uopo si usarono dapprima i raggi X; poi ebbero la prevalenza i corpi radioattivi; ora è la volta dei *raggi X ultra-duri,* ottenuti col Reform-Apparat del Dessauer.

Senza voler forzare l'interpretazione dei risultati e pur facendo delle riserve sulla stabilità di guarigioni ancora troppo recenti, si deve almeno riconoscere che questa forma d'irradioterapia porta a benefizi ingentissimi nel trattamento dei cancri profondi ed interni. Determina guarigioni cliniche, rende possibili o più efficaci gl'interventi chirurgici, procura lunghe soste ed alleviamento notevole dei sintomi. Lascia indietro e di gran lunga i corpi radio-attivi e i raggi X comuni, i quali aggrediscono bene soltanto i cancri cutanei o prossimi alla superficie.

Risultati brillanti si sono ottenuti dalla irradioterapia anche per il trattamento di varie produzioni morbose: angiomi congeniti, fibromiomi uterini, ecc. Si tende ad accrescere queste indicazioni: trattamento dei nodi emorroidari, della ipertrofia prostatica, della ipertrofia timica, ecc.

Altre applicazioni dell'irradioterapia nelle sue varie forme si riferiscono alle malattie cutanee (tigna), alle affezioni dolorose (nevralgie), alle malattie del ricambio (artriti croniche), ecc.

* * *

A rigore nello stesso campo rientrerebbe la *fototerapia,* poichè la luce è una forma d'irradiazione. Tuttavia in pratica suole tenersene distinta.

Il successo del giorno è dato dalla *luce solare* per la cura della tubercolosi in tutte le sue localizzazioni: polmonare, ossea, articolare, glandolare, cutanea, intestinale, uro-genitale, piaghe e fistole tubercolari, ecc.

Trovano applicazioni più specializzate i *raggi ultra-violetti* ottenuti per mezzo delle lampade Kromayer, Finsen, Finsen-Reyn, Freund, ecc. ed in specie della *lampada di quarzo al mercurio.* Quelli non filtrati si usano per la cura di varie affezioni cutanee (eczemi, psoriasi, tubercolosi) e del cuoio capelluto (alopecia pitiriasica e seborroica), del tracoma iniziale, di ulcere, ecc.; quelli filtrati per le lesioni profonde (tubercolosi ossee).

La *luce Kellog* agisce prevalentemente grazie ai raggi termici e non a quelli visivi; ha dunque le indicazioni generali del calore di cui parleremo in seguito.

* * *

L'*elettroterapia* ha reso molto, pur essendosi dovuto rinunziare a farne una panacea.

Le vecchie applicazioni terapeutiche dell'elettricità sono state meglio definite e opportunamente ristrette. Così oggi sappiamo che l'effetto fisiologico più importante della corrente galvanica comune dal punto di vista terapeutico consiste nel sedare il dolore; quello della corrente faradica nell'attivare il funzionamento e la nutrizione del tessuto muscolare (paresi e paralisi dei muscoli volontari, debolezza del cuore).

(1) Vedi fascicoli 17, 27 e 41 del 1914.

Un'applicazione nuova e che promette moltissimo della corrente galvanica è la *ionoterapia* o *cataforesi*, la quale consente di portare i rimedi attivi allo stato concentrato nell'intimità dei tessuti infermi, là ove debbono agire. A seconda degli ioni scelti si ottengono effetti analgesizzanti, dissolventi, distruttivi, ecc. Ad es. il cloro-ione esercita un'azione nettamente risolutiva sulle formazioni sclerose e cicatriziali: articolazioni completamente anchilosate ritrovano la loro mobilità; lo zinco-ione spiega un'azione coagulante, che lo rende utile per distruggere i piccoli epiteliomi cutanei; ecc.

Questo metodo curativo ha i suoi apostoli, Leduc, Jones...., che tendono a divulgarlo. Esso incontra delle limitazioni in quanto che alcuni ioni, come quello di zinco, penetrano poco e perciò non possono raggiungere i tessuti profondi; altri, come quello salicilico, si diffondono subito a tutto l'organismo per modo che ne viene a mancare l'azione locale.

Una forma nuova di faradizzazione è l'*ergoterapia* alla Bergonié. Essa utilizza gli effetti generali e locali della corrente faradica, ma in una forma diffusa. Viene applicata nell'obesità grave e nei deperimenti organici (in sostituzione dell'attività fisica volontaria, quando questa è divenuta impossibile), nelle ipotrofie muscolari da affezioni organiche (paralisi, atrofia muscolare progressiva), ecc.

Negli ultimi tempi si sono fatte strada alcune applicazioni dell'*alta frequenza*, cioè la *d'Arsonvalizzazione*, che ha guadagnato credito forse esagerato quale mezzo ipotensivo, e la *diatermia* o *transtermia*, che ha allargato effettivamente e notevolmente il nostro potere curativo.

Alla diatermia si ricorre a scopo distruttivo: guarisce in una sola seduta il lupus che col metodo Finsen ne richiedeva delle centinaia, ma non dà gli stessi risultati estetici; sotto forma di elettrocoagulazione permette di asportare incruentemente varie produzioni patologiche e con l'ago di Forest fa compiere vere operazioni chirurgiche incruente. Si applica inoltre a scopo coagulante, per l'emostasi di piaghe che sanguinano, per il trattamento di aneurismi. Ma sovratutto essa ha trovato un larghissimo campo d'applicazione onde ottenere profondamente ed in alto grado gli effetti curativi propri del calore, dei quali passiamo ora a parlare.

***

Come abbiamo detto la diatermia è un'applicazione dell'elettricità ma agisce in quanto genera calore.

Assumono importanza crescente altre modalità della *termoterapia*, cioè del calore applicato a scopi terapeutici. Menzioniamo *l'aria calda*, preconizzata da Bier, Tallermann, Guyot, Quénu, ecc. in forma di bagni locali d'aria calda, docce d'aria calda, ecc.; *l'acqua calda*, di cui si sono fatti patrocinatori di recente Reclus, Arneth, ecc. in forma d'irrigazioni ed applicazioni locali varie; i *termofori* chimici ed elettrici; i prodotti sul tipo dell'*antiflogistina*, destinati a sostituire i vecchi cataplasmi; i *fanghi* artificiali, ecc.

Sono dirette in specie ad ottenere effetti iperemizzanti, sedativi e risolutivi nella cura delle affezioni dolorose ed infiammatorie.

Basti pensare ai successi crescenti cui conduce il calore nella cura delle affezioni croniche dei genitali muliebri (sotto forma d'irrigazioni vaginali e rettali prolungate, termofori o vesciche di acqua calda, semicupi, ecc.), nelle artriti, osteiti, nevriti, nevralgie e mialgie (con i bagni locali d'aria calda e le docce locali d'aria calda, i fanghi, ecc.). Si sono tentate con qualche successo le applicazioni locali del calore nelle affezioni più svariate, compreso il trattamento dei tumori maligni.

Si utilizza il calore anche per ottenere effetti emostatici: l'acqua a 45°-48° C è un ottimo emostatico; nella *zestocausis* di Pincus si ricorre allo stesso scopo al vapore d'acqua caldissimo.

Si utilizza il calore per ottenerne effetti distruttivi, come nelle cauterizzazioni all'aria riscaldata fino a 700°-800° C., onde affrettare l'essiccamento delle cancrene diabetiche, da congelazione o d'altra natura, per il trattamento di ulcerazioni, per distruggere angiomi, ecc.

Si utilizza il calore, infine, per ottenerne effetti sedativi, nelle pratiche dell'idroterapia.

Anche l'innalzamento generale della temperatura del corpo pare che possa avere effetti benefici in condizioni speciali.

Limitiamoci ad un esempio. Sembra accertato che quando l'ipertermia si accompagna a leucocitosi, possa determinare la remissione della paralisi progressiva: in modo naturale ciò avviene durante l'infezione eresipelatosa; lo stesso effetto benefico si osserva nelle varie cure della paralisi progressiva proposte da Wagner, Donath, Fischer, ecc. con tubercolina, nucleinato di sodio, vaccino stafilococcico e streptococcico, ecc., tutti mezzi che provocano insieme elevamento generale della temperatura del corpo e leucocitosi. Ogni azione utile manca invece nell'infezione tifosa, come pure usando il peptone Witte o il siero di cavallo (Pilcz); ma in questi casi l'elevamento termico non si associa a leucocitosi, bensì a leucopenia.

***

È strano, ma in modo analogo al calore si comporta il freddo (*crioterapia*).

Accanto alle vecchie applicazioni del freddo quale mezzo sedativo ed iperemizzante nelle infiammazioni acute, prevalentemente sotto forma di vescica di ghiaccio (determina iperemia passiva ed ipoestesia), o quale mezzo emostatico (agisce provocando in via riflessa la contrazione dei vasi sanguigni), o quale mezzo tonificante e antitermico (nelle pratiche dell'idroterapia), trova oggi posto l'azione distruttiva del freddo utilizzata mediante la *neve carbonica* e l'*aria liquida*, in varie malattie cutanee, per fare scomparire angiomi, cancroidi, ecc.

Le indicazioni del freddo e del caldo sono abbastanza simili e in parte possono sovrapporsi: così per la cura della tubercolosi polmonare Winternitz vantava molto gl'impacchi freddi generali e ne ritraeva benefizi incontestabili; invece Koehler preconizza oggi i bagni caldi.

Ma vanno precisandosi le differenze tra i due agenti: ad esempio si vuole che il freddo tenda ad arrestare la produzione del pus, mentre il caldo favorirebbe la maturazione degli ascessi. In genere il caldo riesce più accetto ai malati.

*
* *

Le proprietà terapeutiche del caldo e del freddo hanno ricevuto fin da tempi remoti una felice applicazione nell'*idroterapia* esterna, la cui efficacia viene sempre meglio valutata. Nell'insieme però non c'è molto di nuovo in questo campo.

Com'è noto, i bagni generali freddi costituiscono uno dei più attivi mezzi tonificanti, a meno che non siano eccessivamente freddi. Riescono utili, per es., nelle forme depressive della nevrastenia, nelle dispepsie atoniche, ecc.

I bagni caldi esercitano un'azione calmante e moderatrice sul sistema nervoso, a meno che non siano molto caldi. Quelli continuati si fanno apprezzare sempre più in varie forme di irritabilità cerebrale esaltata (delirio, mania), nella mielite, nei tumori cerebrali. Hanno acquistato un posto anche nella dermatologia, ove sono stati preconizzati specialmente da Hebra, ad esempio per la cura del pemfigo foliaceo.

I bagni tepidi o raffreddati esercitano un'azione benefica sul decorso di alcune malattie febbrili, perchè promuovono tutte le reazioni vitali: tonificano il sistema nervoso e rischiarano il sensorio, rendono più valida la circolazione e la respirazione, attivano la funzione cutanea e quella renale, accrescono il consumo di ossigeno, l'eliminazione di anidride carbonica e l'escrezione di urea ed elevano il rapporto azoturico, quindi favoriscono l'evoluzione delle scorie di disintegrazione, le quali si trasformano in prodotti meno tossici e più facilmente eliminabili; sostengono la nutrizione generale. Gli stessi effetti risultano meno bene regolati quando si applica la balneoterapia fredda.

Nelle piressie infantili nulla risponde meglio dei bagni a 36°, i quali si possono poi abbassare di qualche grado, fino ai primi segni di freddo. Nella terapia del tifo questa balneazione temperata sostituisce utilmente il metodo Brand, il quale mirava solo all'antipiresi.

*
* *

Anche l'idroterapia interna manifesta alcune azioni fisiche. Ad esempio si è riconosciuto che in molte cure minerali interviene l'*effetto dell'acqua*, il quale assume importanza speciale per le acque quasi amineralizzate (Fiuggi, Evian), che non portano entro l'organismo nessun principio nuovo e si limitano a solubilizzare dei principii nocivi. Molti cronici si trovano bene di questa lisciviazione.

MEZZI MECCANICI.

Le risorse meccaniche utilizzate in terapia divengono sempre più numerose e vi si ricorre con intendimenti svariatissimi.

Perciò questo capitolo risulta necessariamente molto eterogeneo.

Accenneremo soltanto all'iperemia da stasi, ai mezzi di compressione, ai mezzi di contenzione ed alla kinesiterapia.

L'*iperemia da stasi o passiva* si ottiene con più procedimenti come: il *laccio alla Bier*, il quale è molto impiegato nelle infiammazioni osteo-articolari, ma presenta lo svantaggio di essere di una tecnica alquanto malsicura; l'*aspirazione alla Klapp*, che trova il suo campo di azione nelle mastiti croniche, nei foruncoli e in altri processi infiammatori e suppurativi facilmente accessibili; la *maschera di Kuhn*, che dà buoni risultati nella tubercolosi polmonare, in alcune affezioni cardiache, ecc. Sembra che anche il *decubito orizzontale* riesca utile nella tubercolosi polmonare in quanto che induce una modica iperemia da stasi nei polmoni; per ottenerne i benefizi non sarebbe necessario di attenersi ad un riposo continuativo, come un tempo era prescritto ai tubercolotici.

Fin da tempi remoti la *compressione* costituisce una risorsa alla mano e di pronta efficacia per il trattamento delle emorragie; ma si è trovato il modo di estendere sempre maggiormente questa applicazione. Portiamone alcuni esempi, scelti in campi diversi.

Contro le emorragie infrenabili *post partum* un intervento di urgenza è dato dalla compressione dell'aorta addominale, risorsa da usare con cautela ma che alle volte si dimostra preziosa.

Per arrestare le comuni epistassi si è riconosciuto che in genere basta comprimere il naso durante alcuni minuti, così da facilitare l'obliterazione della macchia di Valsalva, da cui proviene quasi costantemente l'emorragia. Anche la semplice manovra di Nägeli agisce determinando una lieve compressione sulle arterie del collo, onde segue ischemia del capo.

Nelle emottisi si è dimostrata utile la compressione dei polmoni, che si ottiene fissando il torace con strisce di cerotto adesivo (Niedner nella clinica di von Leyden) ovvero con sacchi di sabbia, col decubito in pronazione sulla parte malata, ecc.; probabilmente anche la vescica di ghiaccio, tanto usata, si comporta nello stesso senso. Nelle emottisi infrenabili si è proposto perfino il pneumotorace artificiale per comprimere il polmone leso.

Il *pneumotorace artificiale alla Forlanini* ha per effetto d'immobilizzare durante lunghi periodi il polmone tubercolotico. Porta a risultati confortevoli, sebbene vada incontro a molte difficoltà e limitazioni.

Tra i *mezzi contentivi,* i quali sono largamente usati in ortopedia, va fatta menzione del *metodo Abbott* per la cura della scoliosi. Applica la correzione forzata o ipercorrezione, cioè determina una deformità in senso inverso a quella che si vuole correggere e la mantiene per un tempo assai lungo. Questo metodo complicato richiede una scelta opportuna dei casi, ma conduce alla guarigione di lesioni inveterate.

* * *

La *kinesiterapia* o terapia del movimento acquista uno sviluppo sempre più esteso.

La forma più blanda di kinesiterapia è il *massaggio,* che riceve applicazioni molteplici. Il massaggio locale attiva gli scambi nutritivi, per es. nella cura delle fratture col metodo « fisiologico »; stimola l'attività muscolare: massaggio di muscoli spastici o paretici da lesioni delle aree motrici cerebrali e dei nervi, massaggio esterno bimanuale dell'utero nelle emorragie *post-partum* da inerzia uterina, massaggio della regione cardiaca nelle debolezze del cuore, massaggio addominale profondo nelle dispepsie, nell'inerzia intestinale (probabilmente attiva la peristalsi e le secrezioni del sistema glandolare, ecc.); lenisce il dolore locale ed anche quello riflesso (cure di Cornelius; per es. massaggio addominale in alcune cefalalgie).

Il massaggio generale allevia ed accelera la circolazione sanguigna e linfatica e perciò si rende prezioso nelle malattie di cuore; è un tonico ed uno stimolante generale dell'attività muscolare e degli scambi nutritivi, per esempio nell'abito paralitico di Stiller, nelle miastenie, nelle malattie del ricambio. Esercita azioni blande; perciò è sempre esente da pericoli: Kinberg l'ha trovato utile persino nelle nefriti.

Al massaggio manuale si è cominciato a sostituire quello *strumentale,* più comodo e che in alcune regioni può essere utilmente eseguito dallo stesso paziente (massaggio addominale nella stitichezza cronica).

Un'altra forma assai blanda della kinesiterapia è data dalla *ginnastica passiva,* che ha trovato un nuovo e vastissimo campo d'azione nelle malattie cardiache, specialmente nei vizi scompensati: allevia il miocradio, che per tal modo viene posto in grado di lavorare poi meglio per un lungo periodo. L'effetto che esercita in questo senso lo ha fatto chiamare *salasso incruento.* Costituisce la base del metodo Schott.

Ai cardiocinetici sono venuti ad aggiungersi dunque due potenti presidî terapeutici nella cura dello scompenso cardiaco: il massaggio ed i movimenti passivi.

Altre importanti indicazioni dei movimenti passivi sono date dalle paralisi muscolari, dalla correzione di deformità, dal trattamento delle fratture, ecc. ecc.; all'uopo vengono spesso utilizzati speciali apparecchi (Zander).

Una forma speciale di movimenti passivi è data dalla *vibroterapia,* che spiega una marcata azione analgesica.

I movimenti attivi importano la contrazione dei muscoli del paziente.

Possono essere *provocati,* come abbiamo già visto, da stimoli elettrici: la corrente faradica comune, l'ergoterapia alla Bergonié o alla Nagelschmidt.

I movimenti attivi *volontari* vengono graduati nelle diverse forme di *ginnastica medica,* per esempio nel metodo Ling, il quale tende a scomporre e dosare il movimento.

Si può fare affidamento sulle contrazioni muscolari non ostacolate. Si può anche procedere con l'opposizione manuale, ovvero con quella strumentale, mediante gli apparecchi Zander o quelli a trazione elastica del genere Sadow: si prestano all'esecuzione di movimenti metodici svariati e comportano un dosaggio esatto.

Gli esercizi attivi consentono la *rieducazione dei movimenti,* la quale è messa in opera specialmente nell'atassia locomotrice col metodo formulato da Fraenkel, il quale ha dato risultati favorevolissimi.

Un esercizio attivo prudentemente condotto allena e fortifica il cuore. Viene utilizzato dal metodo Oertel, che però è da usare con prudenza, poichè se chiediamo troppo al cuore malato, sorpassiamo la sua capacità funzionale, lo sopraaffatichiamo, lo esauriamo: conviene discriminare i casi adatti.

Gli esercizi attivi possono anche valere per altri scopi terapeutici svariati, ad esempio per la correzione di deformità: è un esercizio correttivo il *cammino carponi* alla Klapp per la cura della scoliosi, il quale ha destato molto scalpore: esso obbliga a movimenti inusitati. Le contrazioni addominali attive, proposte di recente in Germania, determinano un vero massaggio blando degli organi addominali (*auto-massaggio*). E così via.

Le varie forme di *esercizi fisici liberi* — ginnastica svedese, ginnastica agli attrezzi, sport e giuochi sportivi — rientrano piuttosto tra i mezzi igienici, di cui parleremo in un altro articolo. Altrettanto si dica del *riposo,* che alle volte è indicato, come in circostanze diverse lo è l'attività fisica.

***

Le risorse meccanoterapiche vengono associate variamente.

Ad esempio, nel trattamento delle cardiopatie organiche si ricorre in primo tempo alle forme che alleviano il cuore: massaggio generale e ginnastica passiva; in secondo tempo a quelle che lo sollecitano al lavoro lo allenano: massaggio regionale, esercizi attivi graduati, faradizzazione.

Massaggio e esercizi graduati si coadiuvano anche in varie forme che rientrano nel campo dell'ortopedia. Così nel metodo fisiologico di Lucas-Championnière per il trattamento delle fratture si applicano il massaggio locale, la ginnastica locale attiva e quella passiva.

Un altro esempio ancora ci è fornito dalla *pneumoterapia,* che utilizza le azioni dell'aria compressa e rarefatta e la ginnastica respiratoria passiva ed attiva.

Tra le nuove forme di pneumoterapia hanno assunto sviluppo quelle dirette a regolarizzare la respirazione nell'enfisema e nell'asma: con tecniche svariate, alcune delle quali semplicissime, si ottengono risultati eccellenti.

INTERVENTI CHIRURGICI.

In chirurgia si procede con audacia ragionata e calcolata.

Il pericolo dell'operazione in sè è ridotto ad un punto evanescente. Un'asepsi impeccabile si è sostituita all'antisepsi. I metodi accurati e dettagliati delle cliniche di Kocher, Eichelsberg, Halsted si sono generalizzati. Lo iodio alla Grossich rende immediata la preparazione del campo operatorio e si tende a sostituirvi dei mezzi che ne eliminano alcuni inconvenienti (soluzione iodio-benzolica, alcool, ecc.). Per l'anestesia ci si vale di cloroformio o d'etere purissimi, conservati perfino sotto sodio metallico, del protossido di azoto, delle narcosi miste, della circolazione ridotta, della anestesia rachidea, dell'anestesia locale nelle sue varie forme: perineurale e intratronculare, edemizzazione, ecc. Si va riconoscendo il valore dell'anociassociazione di Crile nel prevenire lo shock.

L'attività dei chirurghi converge tuttora precipuamente sull'addome; essi stabiliscono corti circuiti nel canale alimentare, operano radicalmente le ernie, asportano la mucosa emorroidaria, rimuovono i calcoli dalle vie biliari, dai reni, dagli ureteri, innestano gli ureteri sull'intestino, anastomizzano la radice della porta e la cava inferiore, praticano i drenaggi permanenti peritoneo-ipodermici e peritoneo-safenici, fissano gli organi addominali spostati, asportano per intero od in parte quelli danneggiati non essenziali... Anche il torace è oggi sulla linea del fuoco: i chirurghi mobilizzano le coste superiori, rompono le aderenze pleuropericardiche, evacuano gli ascessi polmonari, suturano il cuore; l'insufflazione alla Meltzer, che sopprime i movimenti respiratori e permette di aggredire impunemente gli organi endo-toracici, farà compiere progressi rapidi in questo campo. Sul cranio vengono eseguiti interventi sempre più audaci: si evacuano ascessi e rimuovono tumori dell'encefalo, s'investiga il corpo pituitario, si drenano i seni del cranio... Nel campo della chirurgia vascolare si asportano, resecano o legano aneurismi, si rimuovono trombi ed emboli, si innestano vene con arterie e si praticano le telangio-anastomosi e le linfangioplastiche... Tutta l'ortopedia moderna si è sviluppata grazie alla sutura di nervi e di tendini. La protesi con innesti liberi si perfeziona; la medicina sperimentale ci lascia prevedere dei miracoli in questo campo ed in quello dei trapianti.

Non accenniamo neppure alle grandi demolizioni, vere virtuosità della chirurgia, che di solito non arrecano benefizi reali al paziente.

Tutto ciò si è potuto conseguire in gran parte col sussidio di uno strumentario sempre più perfezionato.

Si prevengono sempre meglio le sequele delle operazioni, come le ernie incisionali (mediante la sutura a strati), i disturbi da mancate secrezioni interne (per esempio lasciando un'ovaia od un segmento d'ovaia nelle operazioni sugli annessi, un segmento di tiroide nella cura operativa del gozzo, ecc.), la polmonite, le cistiti, i trombi, gli emboli, le ileo-peritoniti post-laparatomiche, ecc. ecc., con procedimenti delicati e di precisione nel praticare l'emostasi e nel trattare i tessuti. Infine quell'onta della chirurgia che è lo shock post-operatorio può ormai essere cancellata, adottando la tecnica di Crile, se non

integralmente, almeno in quanto ha di meno difficilmente attuabile.

La piccola chirurgia si rende anch'essa più sicura e precisa. Basti menzionare il trattamento dei foruncoli, i quali oggi non vengono più incisi e spremuti: in tal modo non si arrecano sofferenze inutili, non si aprono nuove vie all'infezione, non si lasciano cicatrici deformi; tutt'al più si asporta delicatamente il cencio necrotico, senza far sanguinare la parte, e si applica una coppa aspirante alla Klapp; il lavaggio della cute più esposta con semplice soluzione borica o con alcool, impedisce che il male si riproduca.

Anche le pratiche terapeutiche para-chirurgiche si perfezionano e si estendono. Ad esempio la rachidocentesi o puntura lombare ha bensì un valore curativo secondario rispetto al suo valore diagnostico; ma ad ogni modo costituisce una risorsa preziosa nelle cefalee da ipertensione (da tumori cerebrali, da meningiti e meningismo, da uremia, da colpo di calore, ecc.); le iniezioni sotto-aracnoidee, le quali ne sono un derivato, si utilizzano non solo per la anestesia spinale, ma anche per ottenere azioni sedative (nel tetano, nell'epilessia) o antibatteriche (siero anti-meningococcico, anti-tetanico, sali solubili di mercurio, collargolo, ioduri, chinina, ecc.). Anche la via epidurale viene scelta qualche volta, per introdurre fra la dura spinale e il canale rachideo diverse sostanze medicamentose, destinate ad agire sulle radici rachidee rispettando il midollo.

Ricordiamo anche le iniezioni iodate sclerogene nelle adenopatie tubercolari; le iniezioni carboliche distruttive nelle emorroidi interne riducibili; ecc.

La tecnica delle medicature si è molto migliorata, grazie alla soppressione della soluzione di sublimato, che mortificava i tessuti e vi manteneva indefinitivamente le infezioni locali; grazie al largo uso della semplice soluzione fisiologica sterile; grazie all'adozione sempre più estesa dell'acqua ossigenata, che agevola il distacco delle medicature e risparmia molte sofferenze.

L. VERNEY.

Il fascicolo di marzo 1915 della nostra Sezione Medica contiene i seguenti lavori:

Dott. C. B. FARMACHIDIS e A. VATTUONE. *Sull'influenza dell'estratto di tonsille palatine sulla crasi sanguigna.*

Dott. U. LOMBROSO e P. MANETTA. *Influenza della milza sulla funzione pancreatica.*

Dott. LUIGI MANGINELLI. *Importanza diagnostica e patogenetica della ricerca radiologica nell'ulcera duodenale.*

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La sifilide del cuore.

(A. SCOTT WARTHIN. *The American Journal of the medical sciences*, 1914, n. 5).

Recenti statistiche dimostrano un considerevole aumento nella frequenza delle cardiopatie, aumento che si è cercato di spiegare con l'incremento dell'alcoolismo, del tabagismo, della intemperanza nel mangiare, delle malattie nervose, ecc. Ma, secondo l'A., la maggior frequenza delle cardiopatie deve attribuirsi quasi esclusivamente alla sifilide, la cui importanza come causa di malattie del cuore è rimasta finora misconosciuta perchè non sempre si riesciva a sorprendere le localizzazioni anatomiche di questa infezione in detto organo.

Prima della scoperta della spirocheta pallida l'unica affezione sifilitica del cuore nota era la gomma, ma la localizzazione cardiaca di questa lesione è rara.

Le frequenti associazioni di miocardite cronica, di cuore fibroso, d'infarto anemico del miocardio e della sclerosi delle coronarie con altre affezioni di natura schiettamente luetica, come la tabe, la paralisi progressiva, le gomme del cervello o del fegato, hanno validamente confortato l'opinione che il cuore sia uno degli organi più frequentemente colpito dalla sifilide.

L'esame batterioscopico delle lesioni cardiache ha dato una prova certa della loro natura sifilitica, quando si è potuto mettere in evidenza la presenza in esse dello specifico microrganismo patogeno.

L'A. ha così studiato clinicamente ed istologicamente il cuore di individui con sifilide ereditaria o acquisita.

Egli fa rilevare innanzi tutto come, specialmente nella sifilide ereditaria e negli stadii secondarî o terziarî di quella acquisita, il miocardio può essere infarcito di spirocheti senza che con i moderni mezzi di indagine si riesca a sorprendere una qualsiasi alterazione del tessuto cardiaco.

Una lesione frequente nel cuore dei sifilitici è la degenerazione pallida associata alla presenza di spirocheti. Le fibre muscolari più piccole del normale assumono con l'eosina una tinta più pallida, i nuclei sono vacuolati e poco colorati. Questa forma di degenerazione può apparire come un'alterazione nettamente parenchimatosa, ma comunemente è associata con alterazioni interstiziali, come l'edema mucoso nei casi di sifilide congenita.

Spesso l'unica alterazione che si associa alla presenza degli spirocheti nel cuore è la degenerazione grassa che si presenta a focolai di varia grandezza visibili ad occhio nudo. Microscopicamente le fibre sono atrofiche e riempite di goccie di grasso, generalmente più grandi di quelle che si riscontrano nelle degenerazioni grasse dipendenti da altre cause.

Talora numerose colonie di spirocheti possono trovarsi localizzati in parti del cuore dove non è possibile constatare altra alterazione all'infuori di un'atrofia, che può essere complicata con la degenerazione pallida e grassosa delle fibre, mentre il tessuto interstiziale spesso è in istato di attiva proliferazione.

Nei casi molto gravi di sifilide congenita come in altre parti del corpo anche nel miocardio possono trovarsi delle aree giallastre di tessuto necrotico. In queste aree, per lo più della grandezza di 5 mm. di diametro, le fibre miocardiche sono trasformate in fine fibrille senza nuclei, o addirittura sostituite da linfotici e fibroblasti, mentre lo spazio circostante è riempito da una sostanza mucosa. Tali alterazioni sono del tutto indipendenti dalle alterazioni vasali e sono il prodotto diretto dell'azione degli spirocheti che si trovano raccolti in gran numero in queste aree di necrosi.

Per quel che riguarda le alterazioni interstiziali bisogna notare come specie nella sifilide congenita il cuore può subire una infiltrazione edematosa. Le aree così infiltrate sono ricche di spirocheti e dànno la reazione della mucina, per cui in questi casi l'edema del cuore può considerarsi un mixedema. Nelle aree stesse non è rara la presenza di cellule in istato di attiva proliferazione. Possono essere cellule vascolari o perivascolari, cellule endoteliali che danno luogo alla formazione di capillari che aumentano sempre di spessore a misura che aumentano le cellule della loro parete. Queste aree del cuore sifilitico si vascolarizzano, ma i nuovi vasi ben presto sono obliterati dalla eccessiva proliferazione delle cellule stesse della parete.

Si hanno così dei focolai di infiltrazione fibroide che possono assumere anche l'aspetto di piccole gomme non caseficate.

Sempre nella sifilide congenita si sono constatate spesso nel cuore aree rotonde trasparenti che al microscopio sono state talora interpretati come mixomi.

Anche questi focolai possono essere considerati come giovani gomme non differenziate, mixogomme senza caseificazione, perchè il loro tessuto rimane sempre in uno stato gelatinoso fibroblastico. La loro natura sifilitica specifica non si sarebbe potuta rilevare se in questi focolai non si fosse trovata constantemente la presenza di numerosi spirocheti.

Le alterazioni adunque che lo spirochete può provocare nel cuore sono parenchimatose ed interstiziali.

Le prime sono costituite da degenerazione grassa, atrofia semplice e necrosi, quelle interstiziali consistono in una forma speciale di edema (mixedema), in infiltrazioni vascolari e perivascolari, in formazioni localizzate simili ai mixomi. Le alterazioni parenchimali possono essere indipendenti da quelle interstiziali o associate ad esse.

Le lesioni parenchimali sono più frequenti e più marcate nella sifilide congenita ed in quella acquisita nel 2° e 3° stadio. Nelle infezioni meno gravi e più antiche predominano le alterazioni interstiziali.

La localizzazione cardiaca dello spirochete è più frequente anche dell'epatica; i microrganismi specifici della sifilide possono trovarsi in gran numero nel cuore anche quando non si riesce a constatarli in nessun'altra parte del corpo, ed anche quando l'organismo intero, il cuore compreso, non presentano alcuna traccia di lesione che si possa riferire all'infezione sifilitica.

DRAGOTTI.

CHIRURGIA.

Il trattamento delle infezioni della cistifellea.

(J. H. GIBBON. *Journal of the Americ. Medical Assoc.*).

L'A. si propone di vagliare le indicazioni all'intervento operatorio, esaminare alcune complicazioni cui si va incontro non ottemperando a quelle indicazioni, riferire sulla mortalità post-operatoria.

Per quel che riguarda le indicazioni, chiunque è sicuro della diagnosi di colelitiasi o di colecistite, dovrebbe essere ugualmente deciso nel consigliare l'operazione, a meno di qualche netta controindicazione. È certo che nessuna medicina è in grado di sciogliere i calcoli o di favorirne il passaggio, e, se questo avviene, è dovuto alle forze naturali, mentre poi il fatto che tale passaggio sia avvenuto per uno, non garantisce che avvenga per tutti i calcoli; e mentre stiamo aspettando che la medicina compia l'impossibile, i calcoli aumentano di numero, e il paziente va sempre più correndo verso il pericolo di serie complicazioni.

Si aggiunga che, finchè i calcoli sono limitati alla cistifellea, l'operazione è abbastanza semplice, ma se essi sono passati nel coledoco, se

stanno producendo un'ulcera verso il duodeno o il colon, se hanno ostruito il cistico e dato origine a un empiema, se si sono infettati i canalicoli biliari minori ed è presente l'ittero, se si è sviluppata una pancreatite acuta o anche cronica, se è sovraggiunto un cancro della cistifellea, evidentemente l'intervento presenta difficoltà assai maggiori e talvolta nessuna speranza di esito felice. D'altra parte se illudiamo il paziente con l'idea che esso possa guarire con le medicine, certo questi si rifiuterà a qualunque atto operativo, e l'aspettare la comparsa di sintomi gravi nella colelitiasi equivale ad attendere le metastasi glandolari e la cachessia prima di porre una diagnosi di carcinoma.

Eppure l'esperienza di ogni chirurgo prova che la grande maggioranza dei pazienti non vengono consigliati all'operazione prima che si sia sviluppata una netta complicazione.

Fin qui si è parlato di casi in cui la diagnosi era chiara: ma che fare negli altri che non presentino segni indubbi di malattia della cistifellea? Invero molte volte una anamnesi e un esame obiettivo accurati riescono a far precisare la natura del male. Il sintoma più costante, più precoce, più persistente di una colecistite è ciò che il paziente chiama « indigestione », che si manifesta con un senso di ripienezza o di distensione nella parte superiore dell'addome, ed insorge specialmente di notte senza alcun rapporto netto con l'ingestione del cibo: vi si accompagnano eruttazioni e anche vomito, il quale reca rapidamente un grande sollievo — fatto questo di alta importanza diagnostica.

Inoltre una cistifellea lesa è quasi sempre sensibile alla palpazione: quando questo sintoma si associ all'altro sopra riferito, e manchino dei segni patognomonici di altre lesioni, il medico dovrà sospettare sempre una malattia della colecisti, e sottoporre il paziente a una accurata osservazione; e quando i due sintomi persistano sarà autorizzato a proporre l'operazione. Completano il quadro e rendono la diagnosi sicura gli attacchi dolorosi tipici e la comparsa dell'ittero transitorio. Ques'ultimo peraltro non è sintomo essenziale: circa nell'80 % dei casi di calcolosi biliare operati, l'ittero mancava.

Ma ci si può fidare dei sintomi meno tipici sopra citati? Non è un fatto che in tali casi spesso al tavolo operatorio non si trova nulla? L'A. afferma che dopo aver studiato bene i suoi errori diagnostici, questi si sono fatti man mano, rendendo sempre più accurato l'esame, più rari, specialmente badando ad escludere altre lesioni come ulcera gastrica o duodenale, appendicite cronica, ecc., le quali possono trarre in errore. Del resto egli richiama l'attenzione su di un fatto e cioè che la cistifellea può facilmente esser causa di sintomi ben netti e pure non contenere calcoli: spesso il medico commette l'errore di dire al paziente che esso ha dei calcoli e poi all'atto operativo non è in grado di mostrarglieli. Occorre ripetere che i sintomi possono dipendere da altre cause, che necessitano l'operazione alla stessa stregua della presenza dei calcoli.

* * *

La casistica riportata dall'A. è quella raccolta dalle sue osservazioni personali negli ultimi sei mesi: ventisei casi. Questa serie piuttosto breve dà già un'idea della grande varietà che può presentare la patologia chirurgica della cistifellea: pur mancando dei casi di pancreatite acuta e di rottura delle colecisti per iperdistensione, la raccolta è sufficiente ad ammaestrare quanto sia pericoloso il differire l'intervento fino alla comparsa di complicazioni.

Vi sono 3 casi di colecistite acuta gangrenosa tutti guariti; 8 di calcolosi del coledoco; 1 di calcolo nell'ampolla di Vater, che richiese la duodenotomia; 1 di calcificazione della cistifellea; 1 con formazione di ascesso nel fegato e nella milza; 1 di ascesso sottodiafammatico sviluppatosi due settimane dopo l'operazione per colangite acuta, dovuta a calcoli nel coledoco; 1 di cirrosi del fegato. In tutto i calcoli erano presenti in 22 casi (col numero massimo di 771); mancavano in 4: 2 di semplice colecistite acuta e 2 di cancro della cistifellea.

Oltre i reperti operatorî sopracitati possono presentare interesse nella storia dei casi in esame i seguenti dati: in 5 v'era nell'anamnesi l'ileotifo che mancava certamente, invece in 12 mentre non vi era menzione in 9. Ittero presente o antecedente in 15 casi; mancante in 11. La scomparsa dei sintomi a carico della cistifellea persistette per un tempo variabile da una settimana a 33 anni in 21 casi, non è precisata in 1 caso e in 4 casi calcolata a « molti anni ».

Vi furono 5 casi di morte. In 1 caso si trattava di un ascesso di fegato diagnosticato come complicazione di calcolo del coledoco e aperto e drenato: ma all'operatore sfuggì l'esistenza di un altro grosso ascesso nella milza: il paziente morì poche ore dopo. In un altro si trattava, oltre che di calcolosi, di cancro della cistifellea che aveva già invaso straordinariamente i tessuti circostanti. Altri 2 casi furono assai analoghi: due vecchie che soffrivano da molti anni di calcolosi, avevano rifiutato ripetutamente l'intervento e vennero operate sotto un attacco acuto con il quadro di una sepsi acutissima ,con lieve speranza di salvarle. Infine un quinto caso operato mentre ancora persisteva l'ittero, ma erano scomparsi il dolore acu-

to e la febbre, morì settanta giorni dopo l'atto operativo, per un ascesso sottodiaframmatico insorto senza segno esterno alcuno e non diagnosticato.

Si noti dunque che in tutti questi casi che furono seguiti da morte si trattava di pazienti in condizioni assai gravi. Nei casi non complicati il pericolo nell'operazione non è maggiore che in qualsiasi altro intervento addominale. Nei casi di calcolo del coledoco con colangite v'è sempre il rischio della morte per sepsi, ma esso è maggiore se non si ricorre all'intervento. L'emorragia post-operatoria nei casi con ittero può di solito esser prevenuta con l'uso di siero di cavallo: in tutti i casi simili dovrebbe esser saggiato il tempo di coagulazione, e se questo è al di là del limite normale dovrebbe essere riabbassato con le iniezioni di siero. Sui 25 casi dell'A. una sola volta si ebbe questa sindrome emorragica.

Si è spesso interrogati sulla possibilità che i calcoli si riproducano dopo l'operazione. L'opinione dell'A. è che quando siano stati rimossi tutti i calcoli e drenate le vie biliari per circa due settimane la recidiva sia estremamente rara.

L'A. è stato costretto a un secondo intervento solo due volte: in un caso trovò un solo calcolo ed egli pensa che esso gli possa esser sfuggito nella prima operazione, nella quale ne asportò ben 137; anche nel secondo paziente credeva trattarsi di un caso analogo avendo rimossi nel primo intervento 69 calcoli: ma alla seconda operazione ne trovò 21 e siccome è impossibile che gli fosse sfuggito un numero così considerevole, egli pensa che si sia trattato realmente di riproduzione di calcoli.

SEBASTIANI.

MEDICINA DI GUERRA.

Necessarie misure profilattiche per l'esercito in campagna, onde preservarlo dal tifo esantematico e dal tifo ricorrente.

(M. M. CHARLES NICOLLE ed E. CONSEIL. *Presse médicale*, 21 gennaio).

Gli AA. dopo aver ricordato che epidemie delle due entità morbose hanno accompagnato pressochè tutte le guerre, fanno notare la probaiblità che, anche nella guerra attuale, esse funestino l'armata francese.

Infatti è noto che perchè esse si sviluppino occorre anzitutto la presenza di un portatore del *virus*, e, secondariamente, è necessaria la pullulazione dei pidocchi che del *virus* stesso sono gli unici propagatori.

Ora il portatore del virus è assai probabile che giunga con i contingenti coloniali, quelli specialmente dell'Africa del Nord, ove le due infezioni sono endemiche, e forse anche con i prigionieri di provincie germaniche notoriamente infette, quali la Slesia, la Galizia e le provincie slave. I pidocchi poi infestano abitualmente le truppe coloniali delle armate alleate, e si sviluppano del resto abbondantemente, anche sui prigionieri e sugli stessi soldati francesi, nella trascuranza delle ordinarie regole igieniche, propria della vita in trincea.

Per opporsi in qualche modo alla duplice minaccia gli AA. propongono che vengano sottoposti a severa vigilanza i contingenti coloniali provenienti dall'Africa del Nord, tanto dal punto di vista della presenza fra essi di qualche ammalato, quanto dell'essere i soldati affetti da pediculosi.

Visto che le due malattie sono sconosciute in Francia, sarà bene anzi affidare tale sorveglianza a medici del corpo sanitario coloniale. Si potrà inoltre ricorrere alle ricerche diagnostiche microbiologiche semplici e rapide nel tifo ricorrente (ricerca degli spirilli nel sangue): alquanto più lunghe nel tifo esantematico (inoculazione di 2-3 cmc. di sangue nel peritoneo di una cavia, che dopo circa otto giorni di incubazione presenta la classica curva termica del tifo, senza però alcun atlro sintomo).

La pediculosi viene poi combattuta con le ripetute pratiche d'igiene individuale, immersione delle biancherie sudicie in acqua bollente e con le unzioni di olio canforato agli individui affetti dagli insetti, e, se un caso di malattia è accertato, intensificando le suddette misure ed aggiungendovi la solforazione dei locali, l'evacuazione delle trincee contaminate e la distruzione col fuoco di ogni cosa sospetta (indumenti, effetti letterecci, paglia, ecc.).

Il trattamento razionale precoce della febbre ricorrente (iniezioni endovenose di arsenobenzol, ecc.) agisce poi anche come profilattico, sterilizzando i portatori di virus.

G. MENDES.

Per diminuire gli effetti della fatica nelle truppe in marcia.

(*Bulletin de l'Académie de Médecine.* Comunicazione di M. de Fleury).

Il metodo, che è stato già da tempo esperimentato dal Dr. Jacquet degli Ospedali di Parigi, consisterebbe nel far togliere le calzature ai soldati affaticati da una lunga marcia, nel farli distendere a terra, con la testa leggermente

sollevata, appoggiata allo zaino, e far loro sollevare gli arti inferiori in modo che formino col tronco un angolo retto, appoggiando i piedi ad un albero, ad un muro, alla parete di una trincea o a qualsiasi altro sostegno.

In mancanza di altro si potrebbe far appoggiare gli arti inferiori di più uomini, l'uno all'altro, formando fascio con le gambe.

Presa questa posizione si fa loro eseguire una serie di rapidi movimenti di flessione e di estensione con le dita del piede, con l'articolazione tibio-tarsica ed anche con quella del ginocchio, e ciò per la durata di cinque, dieci o al massimo quindici minuti.

Secondo l'O. se il metodo è ben eseguito, il risultato ne sarebbe meraviglioso: sparirebbero rapidamente i dolori articolari, la rigidezza muscolare, il senso di pesantezza e di impotenza delle membra, e truppe, che parevano completamente estenuate dalla fatica, sarebbero ancora capaci di uno sforzo supplementare, che talora può esser della massima importanza poter compiere.

G. MENDES.

Il significato della reazione di Widal tra i soldati vaccinati contro il tifo.

(Dr. L. DUNNER. *Berliner Klin. Woch.*).

La reazione di Widal ha perduto ogni valore diagnostico tra i combattenti dell'attuale guerra, perchè su di essi è stata praticata su vasta scala la vaccinazione antitifica, ed i vaccinati, secondo le osservazioni dell'A., presentano per lo più reazione positiva.

L'A. ha potuto studiare un gran numero di casi dell'ospedale Moabit di Berlino, adibito ora a ricovero dei malati affetti da forme infettive, ed in cui si trova un reparto speciale per i tifosi. In esso affluiscono oltre ai malati, anche individui che, pur non presentando i sintomi clinici, si sospettano portatori di bacilli.

In una tabella l'A. elenca 97 casi che presentarono quasi tutti reazione positiva pur non essendovene che 7 pei quali la diagnosi era stata accertata clinicamente e batteriologicamente: per tutti gli altri invece era esclusa. Questi individui erano stati quasi tutti vaccinati contro il tifo; solo 2 non lo erano certamente; alcuni invece non sapevano se la vaccinazione subita era antitifica o anticolerica. A questo proposito l'A. osserva che tali indicazioni dovrebbero sempre essere segnate nel libretto personale di ogni soldato.

In conclusione tra i soldati combattenti ha solo valore la diagnosi basata sui sintomi clinici e sui reperti batteriologici del sangue, delle urine e delle feci.

G. MENDES.

LEZIONI.

Aneurisma aortico o neoplasma mediastinico?

Da una Lezione del Prof. A. CARDARELLI alla II Clinica Medica (riportata in « Studium », 1914).

Contadino di 64 anni. Non ebbe malattie degne di nota, fino all'attuale, che iniziò circa un anno fa; in seguito ad uno sforzo grave, avvertì forte ambascia respiratoria che si ripetè in altre occasioni, nel salire le scale, nel fare un salto, ecc., tanto da indurlo a ricorrere ad una consultazione medica nella quale non si trovò nulla al torace: però l'ambascia di respiro continuava e vi si aggiunse tosse con espettorato mucoso. Ad una nuova visita non si riscontrò nulla di morboso.

Ma l'affanno persisteva, la tosse continuava con espettorato bianchissimo, mucoso, senza sangue, la voce cominciava ad abbassarsi; il paziente soffriva tanto, che si vide costretto ad abbandonare il lavoro. Consultò ancora un medico, che non trovò nulla di morboso nel torace. L'infermo, vista progredire la tosse, l'affanno e l'abbassamento di voce, consultò invano altri medici. Finalmente uno di essi nota un'ottusità al torace sinistro e crede trattarsi di pleurite essudativa, ad onta che mancasse e fosse sempre mancata la febbre.

Si praticarono successivamente quattro punture esplorative in siti diversi, con aghi sempre più grandi, e mai si estrasse niente. Si entrò nella convinzione che non v'era pleurite essudativa e si assicurò l'infermo di non aver niente.

Ora questi s'è fatto visitare dall'O., che ha trovato note morbose imponenti nel torace sinistro, ed ha fatto ricoverare il paziente in clinica.

Il paziente nella sua qualità di contadino ha sempre compiuto sforzi, non ha però mai abusato di vino, nè di tabacco, nè si è contagiato di sifilide.

Si presenta un po' depresso di forze, denutrito ed anemico; nelle regioni sopra e sottoclavicolari ed in quelle ascellari non si notano tumefazioni ghiandolari.

Nel torace leggiera asimmetria: il capezzolo della mammella sinistra è un po' più elevato di quello della mammella destra; tutto l'emitorace sinistro è leggermente più depresso dell'emitorace destro. Anche in dietro si nota una leggiera differenza fra le due metà: il torace destro è un po' più grosso del sinistro.

Quando l'infermo trattiene un po' il respiro, in avanti, nel secondo spazio intercostale di sinistra, lungo l'emiclavicolare, si nota una ma-

nifesta pulsazione, la quale con la palpazione appare ancora più manifesta e intensa; sulla regione cardiaca non si avvertono pulsazioni; l'itto cardiaco si sente verso destra, verso l'appendice xifoide: il suo massimo d'intensità corrisponde circa alla settima costola, per cui la pulsazione superiore è indipendente dall'itto del cuore.

Gli spazi intercostali di sinistra si espandono pochissimo colla respirazione; sono riavvicinati e ripieni, in modo che non vi si possono infossare le dita. Nella regione mammaria sinistra il fremito vocale tattile è abolito.

Alla percussione alla sopraclaveare si ottiene risonanza ottusotimpanica, e ottusità dalla clavicola in basso.

Area del Traube normale.

Sul manubrio dello sterno si ha suono leggermente ottuso che contrasta con quello chiaro inferiormente sullo sterno; varia percuotendo a bocca chiusa od aperta.

Il suono di percussione sulla regione sopraspinosa è normale a destra, ottuso a sinistra; seguitando la percussione verso il basso, si nota che in corrispondenza delle due o tre ultime costole il suono di percussione non è così ottuso com'è superiormente; c'è un suono meno ottuso in basso. Inoltre, facendo un paragone fra l'ottusità anteriore e l'ottusità posteriore, si deduce che il suono è manifestamente più ottuso in avanti che in dietro.

La resistenza delle pareti toraciche alla percussione con le dita in avanti dà la sensazione come se si percuotesse sopra un corpo resistente; indietro invece non si avverte questo comportamento.

Ascoltando nella sopraclavicolare sinistra e nella sottoclavicolare omonima, si sente manifestamente non un soffio bronchiale schietto, ma una risonanza bronchiale, che non è altro se non il soffio laringo-tracheale, propagato benissimo. Nel rimanente del torace non si sente nulla.

Alla parte posteriore del torace si ha lo stesso risultato: in alto si sente un po' di risonanza bronchiale, in basso il mormorio vescicolare è mancante del tutto.

Al cuore, l'itto non si può riconoscere con l'ispezione. Alla palpazione si nota che il cuore è spostato un po' in basso e verso destra; con la percussione non si può delimitare bene la ottusità del cuore, ma si vede chiaramente che verso destra non arriva perchè il suono ottuso si arresta alla linea sternale sinistra.

Il laringe è leggermente spostato verso destra e pulsa. All'esame laringoscopico si nota paralisi completa della corda vocale sinistra.

Il paziente ha ambascia di respiro, tosse stizzosa, aspra, ovina, scarso espettorato, voce bitonale; deve fare delle pause, interrompersi per poter pronunziare più parole.

L'esame del sangue dimostra notevole leucocitosi (30,000).

Alla radiografia del torace si riscontra a sinistra un'ombra completa, estesa dall'apice alla base del polmone.

La grafica della pulsazione laringea mostra l'onda di rimbalzo, che manca nella grafica della pulsazione carotidea.

Per giungere con chiarezza ad un concetto diagnostico si possono riunire i sintomi morbosi presentati in quattro gruppi:

a) appartenenti all'emitorace sinistro;

b) cardio-vascolari;

c) mediastinici riferibili al manubrio dello sterno;

d) laringo-tracheali.

Riferendosi al 1° gruppo l'O. fa rilevare come i fatti percussori, ascoltatori e palpatori escludano trattarsi di una raccolta liquida nel cavo pleurico, fatto questo provato dalle punture esplorative eseguite.

Nell'emitorace sinistro si ha: polmone fortemente ricalcato in alto e zona di ottusità dalla regione sotto-clavicolare in giù: ottusità che non sappiamo ancora da che venga sostenuta, ma certo non dal polmone, nè da liquido, perchè l'aia del Traube è perfettamente conservata.

Fra i fatti del secondo gruppo uno si riferisce al cuore, l'altro ai grossi vasi. Il cuore è spostato in basso e verso destra. Questo spostamento, che per le ragioni suesposte non può essere dato nè da liquido pleurico nè dal polmone, deve riferirsi ad un tumore.

La pulsazione del secondo spazio intercostale di sinistra è vasale, autoctona e non ha nulla a che fare colle pulsazioni del cuore e non può esser riferita che all'aorta.

I fatti mediastinici del terzo gruppo rivelano che sicuramente sotto il manubrio dello sterno c'è un tumore, poichè su esso il suono è ottuso e vi si ascolta il soffio laringeo tracheale; ciò vuol dire che tra esso e la trachea dev'esserci un corpo che trasmette il suono.

Il gruppo più importante di fatti è il quarto, cioè di quelli laringo-tracheali: il tubo laringeo tracheale è spostato verso destra ed è pulsante, fatto dimostrato dalla grafica, dove si vede benissimo l'onda sistolica e l'onda di rimbalzo diastolica del cuore; inoltre c'è paralisi della corda vocale sinistra.

Questi fatti tenderebbero a far concludere per una diagnosi di aneurisma aortico. A tale proposito l'O. afferma come in questo ed in simili casi la diagnosi sia molto difficile. Nei primi

giorni in cui lo ebbe in osservazione, l'O. pensò trattarsi di neoplasma pleurico; poi ha cominciato a dubitarne, perchè si è formato il convincimento che un neoplasma del polmone o della pleura non passi relativamente silenzioso (sputo sanguigno, resistenza all'ago esploratore, essudato siero-ematico, tumefazioni ghiandolari).

È possibile in questo caso l'esistenza di un neoplasma in un altro sito, per esempio che sia cominciato nelle ghiandole del Barethy o pretracheali e siasi propagato al polmone sinistro: ciò spiegherebbe molti dei fatti presentati dal paziente. Questa è adunque una diagnosi possibile, che l'O. non si sente di potere in modo assoluto negare.

Ma esaminando il decorso della malattia e qualche principale fotto morboso, non è facilmente sostenibile la diagnosi di un neoplasma mediastinico.

Infatti all'inizio della malattia, che cominciò con senso d'ambascia di respiro, non si osservarono ghiandole ingrossate, nè fenomeni laringo-tracheali di compressione; il neoplasma sviluppato verso sinistra spiegherebbe lo spostamento del cuore in basso a destra, ma non la pulsazione laringo-tracheale.

E in che modo il neoplasma potrebbe raccogliere la pulsazione aortica?

Quella pulsazione così manifesta ed intensa, così caratteristica, gli scrittori dicono che non si trovi mai nei tumori, e qualche autore che ammette questa possibilità ritiene pure che la pulsazione trasmessa dal tumore sia sempre unica, mentre quella data dall'aneurisma presenta il rimbalzo diastolico. È questo un criterio diagnostico differenziale importantissimo.

La pulsazione che si vede e si palpa manifestamente nel secondo spazio intercostale sinistro fa pure inclinare verso l'aneurisma. Essa non si potrebbe avere col tumore.

La paralisi della corda vocale sinistra per tumore del mediastino non è punto frequente. Il ricorrente, quando esiste un tumore, rimane compresso, ma in parte si sottrae anche alla pressione e non resta così offeso come nell'aneurisma aortico. Esso incrocia l'arco aortico. Ora un aneurisma anche piccolissimo di questo, fa immediatamente risentire la sua azione sul ricorrente; i tumori del mediastino invece non offendono mai così precocemente e intensamente il ricorrente e spesso lo spostano di lato.

Per altro in caso di tumore del mediastino si può avere la paralisi della corda vocale sinistra.

Qui però i dati morbosi favoriscono più la diagnosi di aneurisma anzichè quella di neoplasma, specialmente perchè l'infermo con quei colpi di tosse non ha mai avuto espettorato sanguigno, perchè la malattia si è svolta lentamente, silenziosamente, senza che gli stessi medici che l'hanno osservata avessero mai potuto notare qualche grave fenomeno morboso, infine sopratutto perchè l'O. ritiene impossibile che un neoplasma così grosso e diffuso non dia il minimo risentimento pleurico.

Considerando un altro punto, è da notarsi come per la diagnosi di aneurisma manchino i dolori caratteristici; però non è del tutto impossibile che un aneurisma si svolga lentamente in quel sito senza dar luogo a fenomeni dolorifici.

La leucocitosi farebbe poi pensare ad un neoplasma, specie ad un linfoma. Ma quando si consideri la pulsazione nel secondo spazio intercostale sinistro, la doppia pulsazione del tubo laringo-tracheale, la tosse ovina, ecc., l'O. non sa staccarsi dall'idea di un aneurisma aortico e formula più sicuramente quest'ultima diagnosi.

Il caso dimostra come in clinica non sia sempre possibile stabilire assolutamente diagnosi sicure e come varie sieno nei vari malati le successioni e le complicanze delle manifestazioni morbose.

R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 27 dicembre 1914.

A. Breda. *Concrezioni calcari e produzioni osteiformi nel connettivo sottocutaneo dell'uomo.* — L'O. passa in rivista la intera bibliografia sulle calcificazioni ed ossificazioni nell'ipoderma dell'uomo e degli animali. Osteomi nell'uomo sono appena quattro, poco di più le calcificazioni. Esamina quanto si è fatto sperimentalmente per rischiarare la questione. Espone la storia di un caso grave di calcificazioni in cicatrice da scottature; fa conoscere l'esame istochimico della lesione.

Adunanza ordinaria del 31 gennaio 1915.

G. Favaro. *La struttura del cuore nel quarto Quaderno d'anatomia di Leonardo.* — L'O. segnala l'alta importanza che ha, nella storia del cuore, il quarto quaderno d'anatomia di Leonardo da Vinci, ora uscito per cura degli editori Norvegesi. Le osservazioni sopra la struttura delle valvole arteriose, sulla disposizione delle pareti dei corrispondenti seni valvolari, e sopratutto sulla esistenza dell'endocardio parietale ventricolare, ci dimostrano come nei primi anni del cinquecento e forse già alla fine del

quattrocento, avesse Leonardo conoscenza di quanto fu scoperto poi dagli anatomici solo dopo la metà del seicento.

R. PELLEGRINI. *Sul contenuto in iodio della ghiandola tiroide nei feti, nei neonati e nei bambini non oltrepassanti un anno di vita* (presentata dal prof. A. Bonome). — L'A. ha dimostrata la presenza di iodio nel 27 % dei feti da lui esaminati, sia che avessero respirato oppure no, sia che fossero al termine normale o che fossero immaturi.

Nei bambini l'A. trovò l'iodio 16 volte su 23 esemplari, cioè nel 69.5 % in quantità non sempre proporzionale al peso ed al volume della ghiandola ed alle lesioni rinvenute nel cadavere, ma di solito in relazione diretta col buono stato di nutrizione dell'individuo. A. DIAN.

Società Medica di Parma.

Seduta del 29 gennaio 1915.

M. COPELLI e G. GENNARI. *Sulla ricerca del gonococco nel sangue dei blenorragici.* — Gli AA., per le loro ricerche, concludono:

1° Il mezzo Sabouraud e Noiré (latte, urea, glucosio, peptone) specialmente con l'aggiunta del 10-20 % di siero umano, rappresenta un mezzo ben adatto e superiore ai più comunemente usati per la ricerca del gonococco nel sangue circolante.

2° Nelle forme blenorragiche con complicazioni esiste quasi sempre, durante un periodo più o meno lungo della malattia, uno stato di gonococciemia.

3° Uno stato di gonococciemia esiste pure spesso nelle forme blenorragiche senza complicazioni, specialmente quando si è di fronte a uretriti totali di speciali acutezza accompagnate da fenomeni febbrili.

4° La febbre va spesso di pari passo con tale stato gonococciemico e serve spesso a svelarcelo.

Tale sintoma acquista quindi un valore notevolissimo ed è da ricercarsi costantemente e frequentemente nel decorso della blenorragia.

5° Un blenorragico in istato febbrile, anche se esente da complicazioni, è da considerarsi come affetto da uno stato di latente infezione generale e minacciato da complicazioni e richiede un trattamento profilattico e attivissimo tendente a favorire il processo organico di difesa e ad allontanare quelle cause di diminuita resistenza generale o locale che possono provocare la fissazione dell'agente morboso.

ANGELINI G. *Contributo allo studio delle porpore tubercolari.* — L'O. presenta un caso di porpora teleangectoides, dove erano fortemente positive la cuti- e la intradermoreazione.

Fatto importante e degno di nota è il comparire della porpora in seguito ad iniezione sottocutanea di tubercolina; eruzioni di porpora che erano perfettamente identiche ad altre comparse prima spontaneamente.

Tale fatto l'O. riscontrò sul medesimo soggetto due volte a considerevole distanza di tempo.

U. GABBI. — *Esperienze ed osservazioni su nuovi metodi di dimostrazione dell'avvenuta respirazione nel neonato.* — L'O. espone i metodi recentemente proposti dall'Icard per la dimostrazione dell'avvenuta respirazione nel neonato prendendo specialmente in esame il nuovo metodo di docimasia polmonare idrostatica applicabile ai polmoni freschi e ai polmoni putrefatti.

Dopo avere dettagliatamente descritti i particolari di questo metodo consistente essenzialmente nel provocare, mediante una diminuzione di pressione, la dilatazione degli alveoli polmonari e il conseguente galleggiamento di polmoni o di frammenti di polmoni che contenevano aria in quantità insufficiente per galleggiare alla docimasia idrostatica classica, rende noti i risultati delle esperienze da lui eseguite per lo studio del metodo.

In base a questi risultati egli asserisce che tanto l'aria sciolta nell'acqua che serve alla prova, quanto quella aderente alle pareti del recipiente e alla superficie stessa del polmone in esame, possono influire sull'esito della prova e costituire una grave causa di errore. Per eliminare questo inconveniente consiglia di servirsi per ogni tempo del metodo, di acqua e di recipienti dai quali sia stata cacciata l'aria mediante prolungata bollitura. Espone poi varie considerazioni sia in rapporto a questo metodo, sia agli altri consigliati dall'Icard.

P. ZORZI. *Ulteriori ricerche intorno alla influenza dell'ozono sopra la funzionalità dell'apparato respiratorio.* — Le esperienze furono eseguite sopra cani.

In questi animali l'ozono esercita uno stimolo funzionale sopra il centro respiratorio, con effetti cronotropi e inotropi positivi.

Lo stimolo portato dall'ozono segue la via del vago, il che rivela in tale nervo la presenza di fibre la cui stimolazione periferica serve ad attivare la funzionalità del centro respiratorio.

G. L. COLOMBO. *Alcune singolari manifestazioni di sifilide sperimentale.* Sono state ottenute gravi localizzazioni da virus seriale di coniglio, dopo numerosi passaggi, da un virus cioè che ha subito nell'ambiente coniglio un particolare adattamento. M. COPELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le forme più comuni di malattie renali considerate secondo le vedute moderne.

Il Barker (*The Amer. Journ. of med. Sciences*, n. 490) fa un interessante studio d'insieme delle affezioni renali, viste al lume delle ricerche moderne, e di esso si occupa anche nel n. 9 la *Liguria medica*.

Riassumiamo quanto c'è di nuovo in ciascun capitolo.

Anatomia patologica. — È antica la distinzione di nefriti parenchimatose ed interstiziali, secondo che è lesa la parte del rene direttamente secernente (glomeruli e tubuli) o sono ammalati i vasi ed il connettivo. Ma assai difficilmente queste lesioni si trovano assolutamente distinte. Un'altra distinzione più conforme alla realtà è quella di nefriti a focolaio e nefriti diffuse (generalmente queste ultime sono le parenchimatose). Vedremo i tentativi di diagnosi differenziale delle lesioni glomerulari e tubulari.

Per mettere un po' di chiaro nella questione delle nefriti, occorre anzitutto togliere dalle malattie comprese con questo nome, le forme degenerative e circolatorie (da fosforo, sublimato, gravidanza).

Restano così compresi colla determinazione clinica di nefrite i processi infiammatorî genuini del rene. Queste infiammazioni acute possono guarire o passare gradatamente allo stato cronico. Si distinguono due tipi: il tipo desquamativo ed il tipo trombotico (glomerulite intracapillare degli autori americani).

La cirrosi dell'organo è lo stadio finale, cui si giunge da processi iniziali diversissimi. Nel maggior numero dei casi però la cirrosi renale è dovuta ad atrofia secondaria, a sclerosi delle arteriole renali.

Etiologia. — Etiologicamente le nefriti si possono classificare così:

I. Affezioni ematogene o nefropatie discendenti:

A) Lesioni diffuse prodotte da sostanze tossiche solubili:

a) Nefropatie tubulari degenerative (da sublimato, fosforo, bicromato, gravidanza, emoglobinuria, colera, febbre gialla ed altre malattie infettive acute).

b) Glomerulonefriti acute, subacute e croniche (per lo più dovute alle tossine dello streptococco), distinte in:

1° Forme catarrali con desquamazione e proliferazione dell'epitelio capsulare.

2° Forme intracapillari o trombotiche.

c) Nefropatie arteriose croniche (da sclerosi dei vasi afferenti).

B) Lesioni a focolaio dipendenti da batteriemia:

a) Nefrite embolica purulenta (da piogeni).

b) Glomerulonefrite cronica non purulenta (grosso rene rosso o variegato).

c) Nefrite interstiziale acuta (da scarlattina).

d) Nefrite batterica (per passaggio di germi attraverso il filtro renale).

II. Affezioni urinogene o nefropatie ascendenti:

a) Idronefrosi.

b) Pielonefrite.

Patologia sperimentale. — Con veleni epiteliali (nitrato d'uranio, cromati, sublimato) si sono riprodotte lesioni tubulari e con veleni vascolari (arsenico, cantaridina), lesioni glomerulari; la tossina difterica produce le due lesioni insieme. Vi sono poi disturbi del rene non corrispondenti alle lesioni.

Si è dimostrato che ogni sostanza è soggetta a leggi proprie di escrezione.

Sperimentalmente si è pure assodato che gli edemi da nefrite dipendono da diminuita permeabilità dei glomeruli con aumentata permeabilità dei vasi cutanei, e che l'ipertensione arteriosa e l'ipertrofia del cuore dei cardio-renali è dovuta a diminuita permeabilità del filtro renale.

Nessuna luce nuova è venuta ad illuminare i problemi dell'uremia, come pure non si è giunti a risultati concreti colla chimica dei colloidi e dell'alterato equilibrio di basi ed acidi nell'organismo.

Diagnosi. — Sono stati proposti numerosi nuovi metodi diagnostici. Si ricorderanno i più importanti, fra i quali primo quello della fenolftaleina. Si vuota la vescica dell'infermo, gli si danno da bere 200-400 grammi d'acqua, e gli si pratica, nei muscoli lombari, un'iniezione di 1 cmc. di soluzione (mgr. 6). Col catetere quindi si raccoglie l'urina in una provetta, in cui si sia fatta cadere una goccia di soluzione al 25 % di idrato sodico, finchè si ottiene una colorazione rosea. Si nota il tempo impiegato; dopo un'ora si ripete l'estrazione dell'urina e con uno speciale colorimetro di confronto si vede la quantità di fenolftaleina eliminata; normalmente nella prima ora si elimina il 50-65 % del reattivo.

Un altro metodo, proposto per distinguere le lesioni tubulari dalle glomerulari, è quello dello

joduro e del lattosio; ma di esso qui non ci occuperemo, poichè i lettori del *Policlinico* trovano sull'argomento la recensione fatta dal sottoscritto di un interessante lavoro di Widal e Vallery-Radot.

Infine il saggio dell'acqua e del cloruro sodico si fa per mettere in evidenza l'*ipostenuria*, col qual nome s'intende l'emissione d'urina con basso peso specifico, dipendente o da diminuita eliminazione delle sostanze solide, per lesione epiteliale dei tuboli (ipostenuria tubulare), o da accresciuta escrezione dell'acqua, per ipersensibilità dei vasi (ipostenuria vascolare). Questo saggio si esegue tenendo speciale conto dell'acqua e dei sali ingeriti ed emessi.

Profilassi e terapia. — Han fatto scarsi progressi.

Una migliore conoscenza della penetrazione dei germi per le tonsille e nella scarlattina, hanno reso più rigorosa l'igiene di queste malattie.

Una massima divenuta di generale applicazione è quella della dieta ipoclorurata. Ma anche in questa non bisogna eccedere, e studiando l'infermo, vedere fino a qual punto effettivamente il suo male richieda la privazione del sale. In ogni caso questa non dev'essere protratta per più di 4-7 giorni consecutivi, dopo i quali verrà concessa una piccola dose di sale (1 a 3 grammi).

G. SABATINI.

Il diabete renale.

Il diabete renale è molto più frequente di quello che generalmente si crede. Il Salomon (*Deutsche Med. Woch.*, 1914, p. 217) ne descrive numerosi casi venuti alla sua osservazione nella clinica di v. Noorden. Egli ha notato che le condizioni possono rimanere stazionarie per un periodo anche di varî anni: spesso è famigliare.

La sintomatologia clinica consiste, secondo l'A., in una lieve glicosuria, spesso che si verifica in persone della stessa famiglia: l'inizio è nella età giovanile. Negl'individui colpiti dalla malattia si ha spesso un carattere spiccato di nervosismo: lo zucchero nelle urine è sempre in quantità inferiori all'1 % sebbene in certe occasioni possa raggiungere cifre abbastanza elevate: spesso ciò si verifica in seguito ad eccitazioni psichiche.

Lo scarso contenuto delle urine in zucchero distingue questa forma dal diabete mellito giovanile. A dieta antidiabetica lo zucchero delle urine si riduce notevolmente. Somministrando 100 grammi di glucosio a digiuno si verificò l'escrezione di circa il 10 % di quello introdotto. Anche lo zucchero del sangue cresce in modo proporzionale.

Generalmente nel diabete renale lo zucchero del sangue è in quantità corrispondente alla norma, sebbene si possa avere anche iperglicemia. Non vi è tendenza ad un andamento progressivo della malattia. In certi pazienti si può avere una spiccata acetonuria se vengono tenuti a dieta antidiabetica: l'acetone scompare rapidamente somministrando idrati di carbonio. I malati non sembrano esposti come i comuni diabetici alle complicazioni abituali, quali la foruncolosi e le nevriti. Il Salomon propone perciò di denominare questa forma come « *diabetes innocens* ».

P. A.

TERAPIA.

Valore preventivo del siero antitetanico.

Un problema, già risoluto sperimentalmente in maniera favorevole, ma sempre di difficile dimostrazione nella pratica umana, è il valore dei sieri curativi, usati profilatticamente come mezzi preventivi. Il siero antitetanico è fra i più discussi: quando un determinato numero di feriti si inocula, se nessun caso di tetano insorge, nessuno potrebbe affermare che sarebbe insorto senza il siero; se il tetano sopravviene in generale è facile il ripiego: o il siero non è giunto in tempo, o l'azione del siero era già esaurita: e in mezzo a discussioni interminabili si contende ancora il terreno tra entusiasti e scettici del valore profilattico del siero antitetanico. Nella attuale guerra europea, i servizi sanitarî ben organizzati permettono di usufruire di dati statistici, che, pur conservando una parte d'infedeltà dovuta a questo mezzo ausiliario dell'esperimento, presentano qua e là particolarità che li rendono accettabili.

La statistica globale portata dal dott. Bazy (*La Presse méd.*, 4 febbr. 1915) riguarda i feriti del campo trincerato di Parigi, in tutto 10,896; tra di essi 129 casi di tetano (1.18 %), con 90 morti (69.7 %); questi feriti si possono distinguere in due categorie: nella prima l'iniezione di siero antitetanico è stata fatta sistematicamente, nella seconda no; orbene la prima categoria offre una morbilità del 0.41 %, la seconda dell'1.27 %, ossia tre volte maggiore.

Ma il Bazy stesso ci offre una piccola statistica di 200 feriti che è ben più interessante e dimostrativa che non le cifre globali: 200 feriti per necessità furono divisi in due lotti: nel primo di 100 feriti si potè praticare sistematicamente in tutti l'iniezione preventiva: si ebbe solo un caso di tetano, manifestatosi il

giorno dopo l'iniezione, quando ancora il siero non aveva potuto spiegare la sua azione; negli altri 100 malati non si potè praticare l'iniezione preventiva e si ebbero 18 casi di tetano.

A ragione l'A. chiama l'osservazione quasi « un fatto sperimentale » che deve scuotere anche i più refrattarî.

Quali feriti bisogna iniettare? si dice che le ferite da palla di fucile non producono mai il tetano, e che quindi in essi sia inutile l'iniezione preventiva; orbene su 120 casi di tetano, 9 erano feriti da colpi di fucile. *Le iniezioni preventive si devono fare in tutti i feriti, per qualsiasi ferita e in ogni luogo, subito dopo la ferita, a qualsiasi distanza da essa, in serie, se si tratti di ferite suppurate, o di fratture esposte con gangrene, flemmoni gassosi, ecc.*: il tetano può sopravvenire assai tardivamente, specie nei fratturati con suppurazioni, talora dopo due mesi, può riuscire quindi utile l'iniezione anche tardiva, è doveroso praticarle in serie in questo genere di feriti.

Contro questa generalizzazzione si oppone l'economia del siero, specie in occasioni, come l'attuale guerra europea: l'A. fa notare che a scopo preventivo bastano 2-3 cmc. di siero, e che con fiale da 10 cmc. si possono inoculare 4-5 feriti, purchè si cambi l'ago della siringa ad ogni iniezione.

t. p.

Tetano traumatico guarito col metodo Baccelli.

La profilassi del tetano, secondo l'opinione quasi concorde degli autori più competenti, resta assai bene affidata alla sieroterapia, e sono sempre da raccomandarsi, cercando che l'uso ne diventi sempre più esteso, le iniezioni di siero antitetanico in tutti quei casi, nei quali si sospetta la possibile sopravvenienza di una infezione tetanica. Non eguale successo vanta però questo presidio terapeutico nei casi di infezione già dichiarata: di questa opinione sono Koch, Bergmann, Pochamer, Kocher, Krönlein, Tillmann, Tizzoni, ecc. Di fronte ad un'infezione tetanica in atto l'arma maggiore in mano del medico resta sempre l'acido fenico, secondo il metodo Baccelli. Secondo statistiche recenti la mortalità sarebbe così ridotta al 17,36 %, cifra che sta di fronte al 40 % per i casi ne' quali si fece ricorso esclusivamente alla sieroterapia.

Il Nobile (*Avv. Sanit.*, anno IX, n. 2) riporta un nuovo caso di grave infezione tetanica guarita mediante le iniezioni di acido fenico.

Si tratta di un ragazzo decenne, che in seguito ad un calcio di cavallo sul polpaccio della gamba destra, presentò all'undicesimo giorno i segni di una infezione tetanica. L'A. si affrettò allora a praticare, per due giorni consecutivi, un'iniezione di 100 U. I. di siero antitetanico; ma alla sera del terzo giorno (il tredicesimo dal trauma) persistendo un quadro impressionante del male, ricorre all'acido fenico, iniettando sotto cute 2 cmc. di soluzione di acido fenico al 5 %. Il giorno successivo pratica al mattino una nuova iniezione di 2 cmc., e la sera 3 iniezioni di 5 cmc. della stessa soluzione (totale 75 cgr. di fenolo). Non presentandosi disturbi renali, la stessa dose viene ripetuta il giorno appresso. I sintomi cominciano ad attenuarsi e l'infermo migliora. Per un giorno la somministrazione di acido fenico viene portata a gr. 1,20, e per altri nove giorni mantenuta a ctg. 75; per altri 16 giorni si iniettano 50 cgr. di fenolo *pro die*, e negli ultimi giorni la dose è ridotta a soli 15 cgr. Durante lo stadio di maggior gravità, al fenolo vennero associati clisteri di cloralio ed iniezioni di morfina. Il miglioramento iniziato fin dai primissimi giorni della cura coll'acido fenico progredì ininterrotto, fino a portare alla guarigione completa il malato. Le dosi non indifferenti di fenolo rimasero sempre ben tollerate e l'esame ripetuto delle urine non rivelò mai traccie di albumina o altri segni di avvelenamento carbolico.

G. SABATINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(638) *Sull'auto-sieroterapia.* — Le piaccia dirmi se il metodo curativo dell'autosieroterapia nelle cirrosi con ascite, proposto dal Gilbert di Ginevra ed ulteriormente studiato dall'Audibert di Marsiglia (riportato da *Le Progrès médical*, pag. 617), sia davvero commendevole ed efficace; e se — nell'ipotesi affermativa — un tale sistema curativo possa utilmente adottarsi nelle asciti consecutive ad altre entità morbigene, come nefriti, anemie, cardiopatie, ecc.

Nello iniettare il liquido ascitico estratto è da preferire la tecnica del Gilbert o quella dell'Audibert?

Grazie.

Villapiana (Cosenza).

Dott. Francesco Gentile.

L'autosieroterapia è uno di quei metodi, che hanno avuto un immeritato quarto d'ora di celebrità: non s'è limitata la pratica alla cura delle pleuriti, nelle quali v'era un buona dose di ragioni teoriche in favore, ma s'è estesa in tutte quelle malattie in cui *v'era un liquido da eliminare*, senza badare alla genesi del liquido, alla costituzione, al valore biologico di esso; così asciti, idroceli, ecc., sono stati trattati anche con l'autosieroterapia.

Pochi argomenti io sottopongo alla sua considerazione: la causa di produzione dell'ascite nelle cirrosi è una causa meccanica, essa persisterà finchè o la causa non sarà eliminata (e finora non se ne vede nemmeno la lontana possibilità), o uno sbocco per il facile deflusso non sarà trovato del liquido transudato nel peritoneo (e a tale scopo i mezzi sono molteplici, nessuno perfetto), oppure vie nuove di deflusso non si stabiliscano per il sangue portale che trova ostacolo nel fegato cirrotico, e a ciò servono i compensi naturali, anastomosi venose coi rami portali, sempre incompletamente e con pericolo del malato (rottura di varici): l'autosieroterapia è un metodo di cura, che per lo meno va subordinato al meccanismo di produzione del liquido!

Due anni fa io ho fatto tentare ad un assistente del mio padiglione in quattro cirrotici (cirrosi di Laennec) tale metodo; *il risultato è stato nullo*.

Non credo valga nemmeno la pena di tentare un simile metodo nelle asciti dei nefritici; anzi potrebbe essere dannoso se si pensa al meccanismo di produzione (teorie di Achard e di Widal) e ai mezzi terapeutici atti a correggerli.

Nelle cardiopatie scompensate, il liquido versato è il segno dell'insufficienza miocardica, in alcuni casi va eliminato, in altri gli ordinari mezzi di terapia bastano a far sì che il cuore stesso rimetta in circolazione i transudati (riassorbimento degli edemi, dei liquidi versati nella pleura e nel peritoneo); sarebbe un non senso immettere un liquido sia pure omogeneo nel circolo d'un cardiaco, che *potrebbe invece avere bisogno d'un generoso salasso!*

Poichè siamo in tema di autosieroterapia, a me piace aggiungere una parola franca e frutto d'un'esperienza sessennale ospedaliera: *anche nelle pleuriti* essa ha, secondo me, un immeritato posto; dopo numerosissimi casi seguìti e diligentemente studiati, non ho potuto ottenere liete statistiche, quali vedo annualmente pubblicate; solo mi sono convinto che eguali risultati, e certo in molti casi migliori, si possono vantare con qualunque cura, *specialmente con quella della sola toracentesi.*

t. p.

(639) *Ricerca dei granuli di Much.* — Favorisca indicarmi, a mezzo della « Posta degli abbonati », un metodo, che sia alla portata del pratico, per la ricerca dei granuli di Much e la composizione del liquido colorante Knoll.

Ringraziamenti.

Dott. Isidoro Griffi.

Per la ricerca dei granuli di Much è consigliabile il secondo metodo proposto dal Much stesso:

1° colorazione con metilvioletto B. N. (10 cmc. di soluzione satura alcoolica in 100 cmc. di acqua fenicata al 2 %) a caldo sino a ebollizione;

2° trattamento a freddo con liquido di Lugol per 5';

3° decolorazione con HNO_3 5 % per 1';

4° decolorazione con HCl 3 % per 10";

5° decolorazione con alcool-acetone (ana);

6° colorazione di contrasto con soluzione acquosa diluita di fucsina o con saffranina. Naturalmente dal tempo 3 al 6 interporre sempre lavaggi in acqua.

In quanto al liquido colorante Knoll, si desidera sapere se il collega vuole riferirsi agli studi fatti dall'A. sul rapporto fra acido-resistenza, dimostrazione dei granuli di Much, e resistenza all'antiformina del bacillo tubercolare

g. s.

(640) Prego la S. V. di rispondermi nella « Posta degli abbonati » come debba prepararsi l'estratto fluido d'*adonis vernalis,* detto altrimenti diurene; (dico) fluido *in toto.*

Villamar (Cagliari).

Dott. Federico Melis.

Secondo Hagers, « Handbuch der Pharmaceutischen Praxis », vol. I, pag. 162, l'estratto fluido di *adonis vernalis* si prepara dalla pianta finamente polverata trattata in apparecchio a spostamento con alcool 68 vol. per cento, in modo da avere una soluzione di cui ogni centimetro cubico contenga tanti principii attivi quanti erano quelli contenuti in un gramma di droga.

N.

(641) Fidando nella sua ben nota gentilezza La prego farmi conoscere:

1° Se si può accettare che la mortalità da 30 (25 anni dietro) sia ridotta a 20 nell'ultimo quinquennio.

2° Se è vero che la scienza promette una maggiore riduzione.

3° Se l'individuo che si perde per la sua morte rappresenta pure oggi la valuta metallica di 3500 lire, prendendo il valore medio dei permille risparmiati, variabili per età, sesso e grado sociale.

Se non sembrasse abuso mi permetterei pregarla di una risposta cortesemente sollecita.

Ringraziando.

Dev.mo . F. M.

In linea generale alle domande da Lei formulate possiamo rispondere con l'affermativa.

La mortalità si è ridotta al 20 per mille e al disotto, in Italia, durante gli ultimi anni (ce ne siamo più volte occupati). I progressi dell'eco-

nomia pubblica e l'attuazione delle norme igieniche consentirebbero un prolungamento ulteriore della vita media, come già si è ottenuto sensibilissimo nell'Inghilterra e altrove. Raseri calcolava in L. 3500 il valore economico *medio* di ogni individuo in Italia; altrove il contributo che ciascun individuo porta alla ricchezza varia: per es. negli Stati Uniti si computa in L. 18,000. L. P.

(642) La pregherei a volermi indicare, anche a mezzo della rubrica « Posta degli abbonati », quale sia il migliore e più moderno Trattato delle malattie degli organi urinari, sia originale italiano o tradotto, con speciale riguardo ai più recenti mezzi terapeutici e diagnostici.

Dott. Camillo Paolini.

Montepulciano (Siena).

I migliori Trattati che io conosco sulle malattie delle vie urinarie sono: Casper: « Lehrbuch der Urologie », 1910 Berlin. — Rothchild: « Lehrbuch der Urologie », Leipszig 1911. — Legueu: « Traité chirurgical d'urologie », Paris 1910.

Di trattati tradotti in italiano è a mia cognizione sol quello del Pousson, ottimo libro ma meno recente dei precedenti.

Il volume del Legueu è composto di più di mille pagine e tratta diffusamente e con speciale competenza e chiarezza tutti gli argomenti. È edito da Felix Alcain e costa L. 40.

B.

(643) Prego rispondermi sulla « Posta degli abbonati » se ancora si trova una monografia (in italiano o francese) riassumente la fisiologia e la patologia delle glandole endocrine.

Con osservanza,

Dev.mo dott. Lodigiani.

Una utile pubblicazione riguardante le glandule a secrezione interna è quella del Falta: « Le malattie delle glandole sanguigne », Milano Soc. Editr. libr. milanese, 1914, L. 20; in essa dopo preliminari sintetici sulla fisiologia è ampiamente svolta la parte patologica. Un lavoro italiano che esce per i tipi del Vallardi, è quello del Pende, di cui la pubblicazione s'è iniziata a fascicoli. *t. p.*

(644) Nell'eventualità di una guerra volendo tenere qualche lezione pratica per istruire infermieri, sapreste indicarmi qualche manuale pratico, che possa servirmi da guida?

Ringraziando

Russi (Ravenna). Dott. Ghia.

Le suggeriamo: Bourneville: « Manuel Pratique de la Garde Malade et de l'infirmière », Paris, aux Bureaux du Progrès méd., rue des Cannes, 14. M.

VARIA.

La Croce Rossa e i servizi sanitari in Germania. — Il prof. Baldo Rossi che, or è circa un mese, ebbe a recarsi in Francia con lo scopo di osservare e studiare i servizi sanitari di quella nazione nell'attuale guerra, si è ora portato, insieme al prof. Luigi Frassi, in Germania, per rilevarvi davvicino il funzionamento della Croce Rossa e dei servizi sanitari.

I rappresentanti della Croce Rossa milanese furono ovunque ricevuti colla massima cordialità e cortesia.

Il viaggio è durato dodici giorni e si è svolto su questo percorso: Berlino, Sedan, Saint Quentin, Bruxelles. L'impressione generale riportata è che anche oggi la Germania presenta un aspetto imponente di forza e di serenità. La sua organizzazione è semplicemente meravigliosa. Naturalmente l'attenzione si è fissata sull'organizzazione dei servizi della sanità militare e della Croce Rossa tedesca. Ma non bisogna credere che la Croce Rossa tedesca limiti la sua attività ai servizi della guerra. Essa, mentre svolge quest'opera eccezionale, non ha interrotto l'azione che disimpegnava in tempo di pace, continuando la lotta contro la tubercolosi, l'assistenza all'infanzia, ecc.

I servizi sanitarî in Germania non presentano l'aspetto delle cose improvvisate di fronte a situazioni eccezionali: al contrario hanno raggiunto quelle perfezioni che meraviglierebbero anche in tempo di pace.

È noto che a Berlino si sono messi a disposizione della Sanità edificî pubblici e privati in gran numero: teatri, cinematografi, birrerie, palazzi e infine baraccamenti, uno dei quali ospita persino 1200 ammalati. Sulla strada che dalla capitale conduce al fronte vennero incontrati in determinati punti tipi diversi di ospedali, i quali ci danno un'idea esatta sul funzionamento del servizio. Le tappe dei feriti sono generalmente quattro. Dalle trincee essi vengono trasportati al posto di sanità che si trova quasi sempre a cinque chilometri di distanza, poi all'ospedale di campo, nel quale sostano in attesa di reggere alla fatica di un terzo trasporto all'ospedale di tappa. La convalescenza la trascorrono all'ospedale territoriale.

Il ferito rimane in trincea sino a tarda sera, perchè durante il giorno i trasporti potrebbero essere attaccati dai nemici. Il ferito però riceve pronto soccorso dai medici del reggimento. La trincea tedesca non è un luogo inospitale: è munita di energia elettrica che dà luce e calore e serve anche per le cucine.

A tarda ora vanno verso le trincee cortei di veicoli trainati da cavalli, sui quali sono deposti

i feriti. Si adoperano i cavalli perchè spesso le strade sono impraticabili per le automobili. Inoltre queste, col fragore dei motori e le luci dei riflettori, attirerebbero l'attenzione dei nemici. Il triste corteo giunge così al posto di sanità. Il posto visto dal prof. Rossi nella zona di Verdun, nel centro di un bosco, è composto di baracche per metà sepolte, col tetto coperto da rami di pino per nasconderle agli aeroplani. Le baracche sono montabili in due ore e smontabili in una. Possono ospitare sino a 200 feriti. Vi funzionano nove medici di cui tre chirurghi e un oculista. Tutti i locali sono riscaldati con stufe, sono forniti di letti per operazioni, di materiale di sterilizzazione, di strumentario ricchissimo atto a qualunque operazione di alta chirurgia.

Al posto di sanità le operazioni chirurgiche si effettuano quasi tutte di notte non appena giunge il corteo dei feriti.

Dal posto di sanità agli ospedali dell'interno il servizio di trasporto è effettuato non più dai cavalli, ma da automobili. Alla mattina partono i cortei dei feriti già operati o medicati, in condizioni non più gravissime.

Lasciando questo posto di sanità, i chirurghi italiani vennero guidati a un ospedale di tappa, sempre nella zona di fronte a Verdun, organizzato in una tessitoria e con intorno 65 baracche. L'ospedale è capace di accogliere 4000 persone. Le baracche sono destinate ai tifosi, e rappresentano un grandioso riparto d'isolamento con 2100 letti, precauzione necessaria che in Italia viene presa in ben pochi ospedali.

L'ospedale visitato è diviso in tre gruppi: uno per gli ammalati gravi, un altro per i convalescenti, un terzo per gli ammalati in istato di osservazione. Siamo a otto chilometri dal fronte, ma ciò non impedisce che vengano applicati i metodi più moderni: tutto viene sterilizzato, ogni materia infetta distrutta, e si trova perfino il modo di organizzare concorsi tra infermieri e ammalati per assegnare premi a chi custodisce e adorna meglio la propria baracca.

Negli ospedali vengono largamente impiegati gli apparecchi radiografici. Ogni corpo d'armata ne possiede uno che viene trasportato da un posto all'altro con una automobile. Altri apparecchi più piccoli seguono gli ospedali da campo. L'elettricità necessaria per farli funzionare viene sviluppata da motorini per automobili.

A Bruxelles la nota più caratteristica è data dalla lotta intrapresa dalla sanità per impedire nell'esercito la diffusione delle malattie celtiche. Nelle stazioni prossime alla capitale belga e sui treni militari sono affissi avvisi coi quali si danno ammonizioni ai soldati in proposito. Alla penultima stazione ecco un altro avviso più energico e più particolareggiato sul medesimo argomento. Alla stazione di Bruxelles si trovano i medici in persona incaricati di fare una propaganda orale. In città speciali agenti di polizia in borghese sorvegliano le donne di malaffare. Se dall'interrogatorio che loro viene imposto all'ufficio di polizia risulta che conducono una vita triste per bisogno, vengono affidate alla Croce Rossa belga che procura loro una onesta occupazione.

La medesima Croce Rossa ora è incaricata di riprendere la lotta contro la tubercolosi; questa dopo la guerra si è riacutizzata, forse perchè da sette mesi i sanatori sono chiusi: ma ora verranno riaperti.

Occorre aggiungere che il servizio sanitario tedesco è completato ovunque dall'istituzione di gabinetti batteriologici, da sale per medici militari specialisti, da magazzini riccamente forniti di medicinali, di strumenti da scuole ove le infermiere vengono istruite perchè possano servire non solo ai letti degli ammalati, ma anche nelle lavanderie, nelle cucine, nei gabinetti radiografici, nelle sale di meccanoterapia, di elettroterapia, ecc.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. RUBINO. *Formulario terapeutico.* (Va edizione). Casa editrice dott. Francesco Vallardi, Milano, 1914.

Stimeremmo forse inutile la presentazione del manuale di terapia clinica del Rubino ai nostri lettori, che già ne conoscono ed hanno apprezzato da tempo il valore, se questa quinta edizione fosse una semplice ristampa: ma la freschezza che spira da una serie di capitoli ritoccati, o aggiunti, in armonia con recenti vedute e con le nuove scoperte, la brevità e la chiarezza dell'esposizione, lo scopo diritto dell'A. di «precisare il concetto razionale dell'indicazione curativa e di sottrarre il pratico al dubbio pericoloso della scelta fra i diversi metodi e rimedî che in un determinato caso si possono sperimentare», pur mantenendo all'opera, rinnovata, la utilità d'*un libro per il pratico,* le conferiscono quel sapore di modernità che è precipua dote dei libri di medicina.

Ed invero, quantunque la mole del volume sia immutata, completamente rifatti sono i capitoli riguardanti l'uremia, la malattia di Addison e insufficienza surrenale, leucemia e pseudoleucemia, policitemia, artritismo, diabete mellito, ossalemia, morbo di Basedow, tutti argo-

menti nei quali l'esperienza clinica, guidata dall'esperimento, ha permesso di rinnovare senza posa.

È inutile ricordare che del *formulario terapeutico* sono vinte felicemente e l'aridità del ricettario e l'empirismo di una polifarmacia alla quale la medicina moderna va a poco a poco rinunziando: la razionale applicazione dei medicamenti, corollario delle sintetiche nozioni di patologia, rendono piacevole la lettura del libro, utile al medico colto il riscontro del prezioso manuale di terapia clinica.

t. p.

HUCHARD e FIESSINGER. *Clinica terapeutica del pratico.* Tradotto dal dott. F. Solimena. Casa editrice dott. Francesco Vallardi. Milano, 1914. L. 20.

È la seconda edizione italiana sulla terza francese, che il Fiessinger ha in parte modificato dopo la morte di Huchard, conservando sempre al libro il carattere piano e la freschezza geniale del manuale noto ai molti pratici.

Come parecchie delle produzioni della scuola dell'Huchard, il libro non è un trattato; alcune questioni vi sono lumeggiate ed esposte con vedute personali, sempre senza divagazioni eccessive teoriche, con la mira diretta dell'utile del medico pratico; alcuni problemi ed alcuni mezzi d'indagine, i quali sembravano riservati ai laboratori ed agli specialisti, gli AA. riducono nelle modeste proporzioni, necessarie e sufficienti della pratica corrente, anche in un piccolo paese.

t. p.

Dott. LEO GRILLO. *La roentgenterapia dei fibromi uterini e delle metriti emorragiche.* Roma, Tip. Fratelli Pallotta. L. 10.

L'A. con chiarezza ed eleganza di forma svolge dapprima la parte riguardante l'istrumentario Röntgen, specialmente in riguardo alla terapia profonda, e in modo comprensibile anche ai profani, descrive le diverse parti del complicato macchinario e la tecnica seguìta dai ginecologi moderni. Passa poi a discutere l'etiologia delle metriti emorragiche che l'A., accettando le idee di Pankow ed Adler, chiama, con termine più appropriato, *metropatie,* e dei fibromi uterini. E riportando gli uni e le altre alla disfunzione ovarica, con prove tratte dalla clinica, dalla istologia e dalla bioscopia, dimostra il meccanismo d'azione terapeutica dei raggi su queste diffuse malattie degli organi genitali femminili.

Una intelligente critica stabilisce esattamente le indicazioni e le contro-indicazioni dei raggi X, sicchè anche il medico pratico può in questo lavoro trovare una sicura guida per consigliare o meno alle sue clienti l'uso della röntgenterapia.

Una ricca statistica in cui figurano anche molti casi trattati con ottimo successo in Roma dall'A. con il valido aiuto dei prof. Ghilarducci e Serena ed una ricca bibliografia con brevi riassunti dei lavori citati, nonchè una ottima veste tipografica e molte figure, completano il lavoro che vorremmo consigliare a tutti i nostri lettori.

A. S.

JAUBERT. *La pratique héliothérapique.* J. B. Baillière et Fils, éditeurs. Paris, 1915. Fr. 1.50.

Fa parte della collezione delle « attualità mediche », e l'A. discute dell'elioterapia dal punto di vista fisiopatologico, e delle indicazioni, e della tecnica e delle cure coadiuvanti dell'elioterapia. Questo moderno mezzo di ausilio curativo, già intravisto dagli antichi, e da tempo anche in Italia, è stato però regolato nei suoi mezzi e nelle sue indicazioni in questi ultimi tempi: solo la conoscenza esatta di tale regolazione evita delusioni, solo la conoscenza delle indicazioni può evitare danni agli ammalati. Breve e lucido il volumetto si raccomanda per queste qualità al pratico.

t. p.

E. GAUTRELET e H. DE LALAUBIE. *L'arthritisme-diathèse à Vichy.* Paris, A. Maloine, édit., 1913. Prix Fr. 10.

In questo grosso volume gli AA. si propongono lo scopo di divulgare il concetto di diatesi-artritismo, e di mostrare come le risorse generali e speciali della stazione idrominerale di Vichy siano, fisiologicamente, le più appropriate a migliorare questo stato diatesico fondamentale, come le sue numerose varietà.

t. p.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BOSSI L. M. — A sempre maggior conferma dei miei principî nel campo delle nevropsicopatie femminili d'origine genitale e in altri campi. — Genova, 1914.

CASTELFRANCO GUSTAVO. — Sull'anatomia patologica delle capsule surrenali negli animali domestici. — Modena, 1914.

MAGRINI SETTIMIO. — Amministrazione Provinciale di Mantova. La soppressione dei Brefotrofi e la riforma del servizio esposti nel Mantovano. — Mantova, 1914.

GUERRA-COPPIOLI LUIGI. La reazione di Weisz nelle urine dei tubercolosi. — Firenze, 1914.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il doppio elenco nelle condotte.

Questa del doppio elenco è una quistione che va assumendo proporzioni sempre più larghe e complesse. Il principio della condotta residenziale che si era affermato dopo tanti dibattiti e tante lotte è minacciato dal cosidetto secondo elenco.

Le Amministrazioni comunali vinte ma non dome cercano di ritornare per una via più lunga sì, ma che va diritta allo scopo, alla condotta piena.

La legge, come è noto, divide i cittadini, per quel che riguarda l'assistenza medica e la somministrazione dei medicinali, in due categorie: poveri ed abbienti. I primi hanno diritto alla cura del medico ed ai medicinali gratuiti, i secondi devono provvedersene a loro spese. Ora nei Comuni dove già vige la condotta residenziale o quella piena è in via di trasformazione si è voluta fare una seconda divisione. Si è voluta fare la sottodistinzione dei cosidetti semiabbienti, di quelli cioè che pur non potendo essere considerati poveri a termine di legge, non hanno la possibilità di pagare il medico senza che ne soffra la economia domestica.

Quando si pensi che già l'elenco dei poveri aveva dato luogo ad abusi, e che esso in alcuni Comuni era diventato così lungo da comprendere pressochè tutta la popolazione e da far pensare che certi paesi non fossero che una comunità di pezzenti, non deve meravigliare se il secondo elenco compilato con norme più elastiche ancora non fosse costituito che dall'altra parte della popolazione che per pudicizia o per orgoglio di casta non si era compresa nell'elenco degli indigenti. Assegnando per la cura di questi iscritti nell'elenco dei semiabbienti un certo compenso annuo, i Comuni risolvevano la quistione della condotta piena e la facevano accettare al medico senza che egli se ne accorgesse.

Ma v'ha di più: col sistema del doppio elenco alcuni Comuni sono riusciti a generalizzare o quasi l'assistenza medica per tutti i cittadini e nello stesso tempo hanno regolato in modo le cose da ridurre ai minimi termini il primo elenco e quindi anche la somministrazione gratuita dei medicinali.

Un miglior sistema per sfruttare l'opera dei medici e per lesinare i medicinali ai poveri non si poteva escogitare!

Certo contenere nei limiti del giusto e del vero la lista dei poveri è opera onesta e dimostrerebbe negli amministratori l'interesse a difendere il patrimonio pubblico. Ma purtroppo la esperienza ha dimostrato che l'elenco dei poveri è breve solo là dove esiste la categoria dei semiabbienti; i due elenchi hanno una funzione reciproca. Tutti gli sforzi dei Comuni sono rivolti a gravare in un modo o in un altro la soma del medico condotto. Si cerca di sfruttare in ogni modo l'opera sua e là dove le finanze comunali non consentono di largheggiare nelle spese di medicinali e di spedalità, si ricorre al secondo elenco pur di assicurare a quasi tutta la popolazione l'assistenza medica. Tanto il medico costa così poco!

Risolvere la questione del secondo elenco con un accordo, un compromesso qualsiasi non è possibile, non è decoroso per il medico. La legge e la giurisprudenza l'hanno già condannato, e se i medici l'accettassero sotto qualsiasi condizione, farebbero cosa contraria ai propri interessi.

Accettare uno stipendio complessivo per la cura gratuita agli iscritti a tutti e due gli elenchi significa riaccettare sotto altra forma la condotta piena. L'abbiamo già detto: il secondo elenco, meglio del primo, si presta a stringere nelle sue capaci braccia ogni categoria di persone.

Contentarsi per la cura dei semi-abbienti di una somma aggiunta allo stipendio che sarà proporzionale al numero degli iscritti al secondo elenco, significherebbe cadere nel medesimo errore della precedente combinazione: il piccolo onere per il Comune non tratterrebbe certo gli amministratori dall'iscrivere nell'elenco tutte quelle persone che per una ragione o per un'altra si vorrebbe favorire.

Nè pare conveniente l'altra proposta fatta da qualche collega, di concordare con i Comuni una speciale riduzione di tariffa per i semiabbienti.

Con questo sistema la tariffa intera di fatto scomparirebbe o quasi. Il medico deve egli solo commisurare le sue pretese oltre che al lavoro prestato, alla potenzialità economica del suo cliente, egli solo con quel criterio e quel sentimento di umanità che lo guidano in tutta l'opera sua, deve sapere e potere apprezzare le condizioni economiche dei suoi infermi ed in proporzione pretendere il compenso.

Affidare un tale compito alle varie Commissioni amministrative non è nè decoroso, nè vantaggioso per il medico.

Se i Comuni sono tanto solleciti della salute e dell'economia dei loro amministrati, se essi ritengono che oltre quelli indicati dalla legge, vi siano altri cittadini che possano pretendere dal Comune l'assistenza sanitaria, possono benissimo risolvere la quistione pagando essi volta per volta e direttamente al medico i compensi dovutigli per le prestazioni ai cosidetti semi-abbienti.

Solo così si può ammettere il secondo elenco.

Pangloss.

Per i medici militari.

On. Direzione del Policlinico

Roma

Il ministro della guerra, gen. Zuppelli, rispondendo in Senato agli on. Santini e Maragliano sul fabbisogno dei Medici in guerra, assicurò che avrebbe provveduto con una disposizione speciale, *anche rivoluzionaria,* e cioè coll'assumere medici borghesi, sino a 36 anni, coi gradi di tenente o capitano. Tutto ciò sta bene per sopperire ai bisogni urgenti; ma, attuando tale disposizione, occorre non ledere gl'interessi dei vecchi tenenti medici di complemento, e per ciò bisognerebbe promuoverli al grado di capitano, specialmente se si considera che questi tenenti medici di vecchia nomina sono vincolati al servizio militare, hanno già passato i 40 anni, e che parecchi hanno fatto molti mesi in Libia, o numerosi servizii in patria.

Solo con questo provvedimento si eviterà una palese ingiustizia ed un danno evidente, e codesta on. Direzione, sempre vigile nel tutelare gli interessi della classe medica, dovrebbe far presente la quistione al ministro della guerra.

Grazie dell'ospitalità.

Devotissimo
Dott. MORANDI.

La politica sanitaria.

L'on. Brezzi ha interpellato il ministro dell'interno sulla insufficiente assistenza ospitaliera che l'odierna legislazione concede alle classi operaie e segnatamente ai lavoratori dei campi.

L'on. De Capitani ha interpellato il ministro dell'interno per sapere se al fine di tradurre nella pratica realtà il principio dell'assistenza ospitaliera assicurata a tutti i cittadini non abbienti, ritenga opportuno indirizzare la soluzione del problema al concetto della obbligatorietà della previdenza in caso di malattia.

L'on. Queirolo ha interpellato il presidente del Consiglio dei ministri sulla propaganda che si fa in Italia contro la vaccinazione anti-vaiuolosa e contro la legge che la disciplina.

L'on. Lombardi ha interrogato il ministro di grazia e giustizia per sapere se sia vero che ai periti in procedimenti penali le vacazioni debbano essere pagate dopo la liquidazione delle spese contro imputati ed accusati riconosciuti indigenti.

Lo stesso on. Lombardi ha interrogato il ministro di grazia e giustizia per sapere se intende richiamare i giudici istruttori ad applicare più strettamente la disposizione del Codice di procedura penale che nelle perizie medico-legali stabilisce sia data la preferenza a periti specialisti.

L'on. Caporali ha interrogato i ministri della guerra e della marina sulla necessità di concedere l'indennità professionale agli ufficiali medici.

*
* *

Il numero dei medici inscritti nei varî Ordini d'Italia. — I medici inscritti nei 69 Ordini provinciali del Regno sono 22,705. Poichè in base all'ultimo censimento la popolazione d'Italia ascende a 35,848,890 abitanti, il rapporto medico tra medici e popolazione è di 6.3 per ogni 10,000 abitanti. Molte provincie però si discostano molto da questa media generale.

Fra le provincie che hanno una media di medici superiore di molto alla media del Regno, si notano Napoli col 12.4 per 10,000 abitanti; Porto Maurizio col 10.2; Roma col 9.9; Livorno col 9.7; Genova col 9.3; Torino col 9.2; Bologna con 9; Siena con 8.1; Parma con 7.5; Milano con 7.1, ecc. Fra le provincie poi che presentano una media di medici, di molto inferiore alla media del Regno, notiamo: Udine con medici 2.6 per 10,000 abitanti; Belluno col 2.8; Sondrio col 3.2; Treviso col 3.3; Rovigo col 3.8; Arezzo col 4; Pesaro e Siracusa col 4.3; Como col 4.4; Piacenza col 4.6, ecc.

I medici stranieri esercenti in Italia compresi nel numero totale sopra indicato sommano a 130 e sono: o medici laureati stranieri provvisti del solo diploma del loro Stato e autorizzati a esercitare presso gli stranieri a norma delle disposizioni transitorie dell'articolo 11 della legge sugli Ordini sanitari, 10 luglio 1910, numero 455, e articolo 42 del relativo regolamento 12 agosto 1911, n. 1022: n. 25; o medici stranieri che hanno conseguito il diploma italiano, n. 85; o medici laureati inglesi autorizzati ad esercitare per reciprocità di esercizio professionale concessa ai cittadini laureati italiani nel Regno Unito della Gran Bretagna (ar-

ticolo 2 legge sugli Ordini dei sanitari 10 luglio 1910, n. 455 e lettera ministeriale 19 dicembre 1910, n. 20400), n. 20. Totale n. 130. Questi 130 medici stranieri si trovano sparsi soltanto in 17 provincie, prevalentemente in quelle che hanno stazioni climatiche della riviera o dei laghi o nelle città frequentate da stranieri e abbiamo: Bologna, medici stranieri 2; Brescia, 4; Como, 2; Cosenza 1; Firenze, 5; Genova, 20; Milano, 13; Napoli, 15; Novara, 6; Padova, 3; Palermo, 2; Pavia, 1; Porto Maurizio, 33; Roma, 14; Teramo, 1; Torino, 5; Venezia, 3. Totale 130. Come si vede, è la provincia di Porto Maurizio che ha il maggior numero di medici stranieri.

Per i medici del Belgio. — L'Ordine dei Medici di Catania ha raccolto per sottoscrizione la somma di L. 1035 a favore dei medici del Belgio.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5114) *Ufficiale sanitario. Contributo Cassa di previdenza.* — Il Dott. A. T. da S. E. in C. desidera conoscere se gli spetta di pagare il contributo alla Cassa pensioni essendo ufficiale sanitario dal luglio 1911 con nomina provvisoria.

Se riveste la qualità di medico condotto, l'ufficiale sanitario con nomina provvisoria non deve pagare contributo alla Cassa di previdenza, perchè già vi si trova iscritto. Se trattasi di libero professionista si deve invece pagare, perchè la nomina provvisoria, non essendosi finora provveduto con regolare concorso, resterà in vigore presumibilmente per molto altro tempo. Se si ammettesse la esclusione dal pagamento del contributo di tali professionisti, gli interessi della Cassa risentirebbero danno.

(5115) *Dimissioni - Bando di nuovo concorso alle identiche condizioni.* — Il dott. M. A. da T. di T. nominato in seguito a regolare concorso fu dimissionato in tempo utile perchè l'Amministrazione comunale era intenzionata a modificare il capitolato. Essendo state respinte dal Consiglio sanitario le relative proposte venne bandito il concorso alle identiche condizioni di prima. Chiede conoscere se abbia alcun diritto da far valere.

Essendo stata licenziata in tempo utile ed avendo effettivamente lasciato il servizio non ha attualmente alcun diritto da far valere, non potendosi ora indagare sulle ragioni addotte dal Comune per giustificare il provvedimento, che ebbe, e forse da tempo, la sua materiale esecuzione.

(5117) *Rilascio dei certificati di infermità a soci di sodalizii operai.* — Il Dott. abbonato 5472 desidera conoscere se compete compenso pel rilascio di certificati agli ascritti alla Società di mutuo soccorso per ottenere i consueti sussidii in caso di infermità.

Stando a quanto dice il capitolato della condotta Ella è obbligato a rilasciare gratuitamente i certificati indicati nel proposto quesito.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALBAIRATE (*Milano*). — Ab. 2900 circa. Condotta generalità; L. 4300, esenti da imposta R. M., e tre sessenni; L. 100 quale U. S.; L. 600 indennità mezzi trasp. Età limite 34 anni. Servizio entro 15 giorni. A tutto 31 marzo.

ANCONA. — Due medici nelle frazioni esterne; L. 4200. Si avverte che nello stipendio sono comprese L. 700 concesse in aumento e soggette a ratifiche. Sessenni fino a superare la metà dello stipendio di pianta. In caso di assenza o malattia del medico delle condotte limitrofe supplenza con retribuzione di L. 5 giorno. Scad. 31 marzo.

ANCONA. — Medico-chirurgo nella VIII condotta di città; L. 3500 e sessenni. Almeno 5 anni di servizio professionale e due anni di assistenza in un ospedale clinico od equivalente. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Scad. 31 marzo.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico consorziale di vigilanza igienica fra i Comuni della provincia. Docum. entro le ore 12 del giorno 15 giugno al presidente del Consorzio, sindaco di Avellino. Titoli speciali. Esami. L. 3000 e due sessenni; partecipazione agli utili derivanti dalle analisi ai privati e da altri eventuali proventi.

BANZI (*Potenza*). — Condotta generalità; lire 2890, compreso l'incarico di ufficiale sanitario, oltre il sussidio per l'Ambulatorio antimalarico, variabile da L. 400 a 600. Scadenza giorni 30 dal 10 marzo.

CAGLIARI. *Comune.* — Concorso per titoli e per esami al posto di direttore del laboratorio medico microrgafico; L. 3500 lorde aumentabili a L. 4900. Dom. e doc. d'uso alla segreteria comunale uff. 1., sez. 1. Età massima ani 40. Nomina per un anno, salvo conferma. Assunzione entro 15 giorni dalla nomina. Richiedere avviso. Scadenza 31 marzo.

CASNIGO (*Bergamo*). — Condotta con Cazzano S. Andrea per la generalità degli abitanti in n. di 3247. Stipendio L. 4800 lorde più L. 200 quale U. S. Scad. protratta a tutto il 25 marzo.

CERTALDO (*Firenze*). — Condotta; lorde iniz. L. 3700 e L. 500 indennizzo cav. Cura gratuita per chi ha un reddito inferiore alle L. 4000. Scad. ore 17 del 31 marzo.

COLBORDOLO (*Pesaro-Urbino*). — Due condotte: 1° reparto L. 4850 lorde e 2° reparto L. 4400 lorde e L. 200 se U. S. Servizio entro 20 giorni dalla nomina. Scadenza 31 marzo.

CRODO (*Novara*). — A tutto marzo 1915 è aperto il concorso al posto di medico condotto, collo stipendio di L. 4250 oltre alloggio. Condotta piena, abitanti 1500.

DICOMANO (*Firenze*). — A tutto il 15 aprile condotta poveri 2ª sezione con sede nel capoluogo; circa 44 kmq.; ab. 1750 dei quali 200 poveri; L. 3000 lorde, tre sessenni; per i primi due anni assegno straord. di L. 500. Chiedere l'annunzio. Servizio entro 15 giorni.

FIUGGI (*Roma*). — Concorso per titoli ad entrambe le condotte medico-chirurgiche per la generalità; L. 4500 lorde ciascuna. Scadenza 16 aprile.

FOBELLO-CERVATTO (*Novara*). — Consorzio. Stazioni sanitarie; kmq. 38.75 in montagna; abitanti 1145; L. 2100 per poveri (circa 125), L. 300 assegno U. S., L. 100 gestione a. f. Scadenza 31 marzo. Servizio possibilmente entro 15 giorni.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Condotta piena; L. 3500 lorde; ab. 3350. Scad. 31 marzo.

GRAGLIA (*Novara*). — Consorzio con Muzzano. Scadenza ore 12 del 24 marzo. Kmq. 32.92, in collina e montagna; ab. 3000 circa. L. 1200 per circa 100 poveri e L. 250 per suppl.; eventuali nomine a medico della Società operaia e ad U. S. Servizio entro il 15 aprile.

LETINO (*Caserta*). — Medico per la generalità (ab. 1200); L. 3200 lorde di R. M., compreso le indennità di U. S., servizi inerenti e per la tenuta dell'a. Scad. pres. dei titoli 31 marzo.

LINO (*Caserta*). — Generalità (abitanti 1200); lire 3200 lorde di R. M., comprese le indennità di U. S., servizi inerenti e tenuta armadio farmaceutico. Scadenza 31 marzo.

MALONNO (*Brescia*). — Al 30 aprile condotta; L. 4273.77, al lordo della R. M.; generalità 2520 ab.; U. S. e gestione a. f.

MELITO PORTO SALVO (*Reggio Calabria*). *Ospedale Provinciale Garibaldi*. — Al 31 marzo, chirurgo dell'Ospedale. Almeno due anni di pratica clinica od ospedaliera. Libera docenza in chirurgia (patologia chirurgica, clinica chirurgica, medicina operativa). Direzione del reparto chirurgico, di recente costruito; L. 3500 e alloggio; percentuale sulle operazioni a pagamento. Nomina biennale. Assunzione al posto negli ultimi giorni di aprile. Per schiarimenti sugli oneri regolamentari rivolgersi al direttore dell'ospedale.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). — Condotta pei poveri; L. 2000 lorde. Scad. un mese dal 10 marzo.

MONTICIANO (*Siena*). — Condotta; ab. 1811 a Monticiano, capoluogo, che comprende anche Scalvaia; L. 3000 e L. 700 per cav., L. 100 se uff. san. e 2 aum. sessennali del decimo. Dom. e doc. d'uso. Richiedere schiar. Scad. 25 marzo.

NOVARA. *R. Scuola di ostetricia*. — Medico assistente; età meno di 35 anni e assistentato per almeno 3 anni in una Clinica ostetrica o Maternità. Tit. ed esame. Stip. L. 500. Scad. 31 marzo.

PARMA. *Casa Penale*. — Sanitario; assegno di L. 1800 lorde. Età non superiore ai 45. Le domande al Ministero su carta da L. 1.25, dovranno pervenire alla Prefettura. Titoli di studio e di pratica medica. Nomina previo parere o relazione della Commissione. Scadenza 30 aprile.

PECORARA VAL TIDONE (*Piacenza*). — Condotto; L. 3100 lorde e L. 100 U. S., L. 800 ind. cav. Scadenza 31 marzo.

PESCAGLIA (*Lucca*). — Condotte 1ª e 3ª, cura residenziale; L. 3400 lorde; 1 decimo per 3 quinquenni; L. 200 per cavalcatura. Il medico di 1ª condotta avrà L. 250 se dovrà disimpegnare funzioni U. S. Assunz. entro 20 g. Scad. 25 marzo.

PETRALIA SOPRANA (*Palermo*). — Concorso ad una delle due condotte. Stipendio L. 3000 oltre assegno di L. 166.25 dell'Ospedale civile per il servizio interno. Scadenza 31 marzo.

POLVERICI (*Ancona*). — A tutto 30 marzo condotta; lorde L. 3000 pei poveri, L. 800 pei semiabbienti (fino al reddito di L. 4200) e L. 200 quale U. S., con tre sessenni, senza obbl. cav.; Ospedale e ambulatorio. Servizio entro 15 giorni.

RADICONDOLI (*Siena*). — Condotta di Anqua; circa 50 kmq.; ab. 1041; L. 5000 lorde per la cura piena e L. 300 d'indennità residenza; obbl. cavalc. Scadenza 15 aprile. Età limite 35 anni. Servizio entro 15 giorni.

REGGIO EMILIA. *R. Prefettura*. — Secondo medico assistente presso il locale Manicomio giudiziario; L. 1800; titoli; domanda da L. 1.25; età massima 40 anni; statura non inferiore a m. 1.65. Residenza entro 15 giorni. Chiedere l'annunzio. Scadenza 15 aprile.

SCHEGGIA-PASCELUPO (*Perugia*). — Seconda condotta (Pascelupo); L. 2200 p. poveri e L. 1000 p. gli abbienti, lorde; L. 600 pel mantenimento del cavallo, L. 200 indennità all., L. 100 gestione a. f. Scad. a tutto 31 marzo.

SCORTICATA (*Forlì*). — Condotto. Popolazione 1433. Servizio gratuito famiglie povere. L. 3500 lorde, oltre L. 150 quale U. S., con due sess. Serv. entro 15 giorni. Scad. 30 marzo.

SERRA SANT'ABBONDIO (*Pesaro-Urbino*). — Condotta residenziale; L. 3000 lorde pei poveri, L. 600 per semi-abbienti e L. 700 per cav.; età massima anni 45. Accettazione entro 20 giorni. Se U. S. L. 100 per a. f. Diritto ad abitazione con relativo orto mediante L. 130 annue al Municipio. Scadenza 31 marzo.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni*. — Medico primario di sezione del manicomio di S. Niccolò; vedi fasc. 11. Scad. ore 16 del 25 marzo.

STELLA (*Genova*). — Abitanti 3596. Condotta S. Martino; generalità; L. 3800 e sessenni. Scadenza 30 marzo.

TAVOLETO (*Pesaro-Urbino*). — Condotta; L. 3000 lorde pei poveri e L. 550 pei semi-abbienti; L. 100 U. S.; le L. 3000 sono aumentabili di un decimo per 3 sessenni. Alloggio. L. 700 per cav. Assicur. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Abitanti 1352. Scadenza 31 marzo.

TEGLIO (*Sondrio*). — Medici 2° e 3° reparto; condotte piene; L. 4000, per ogni reparto, nette da R. M. Scadenza 31 marzo, ore 16.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Condotta residenziale del Capoluogo; ab. 2700; poveri circa 450; stipendio L. 2500; due quinquenni; indennità cavalcatura L. 750; U. S., L. 200. Proventi professionali L. 3000. Esiste comodo quartiere libero pel medico. Scade 26 marzo.

TORINO. *R. Manicomio*. — Uno dei due posti di medico-direttore, con sede a Collegno; L. 6000

lorde, aumento di un decimo per 5 quinquenni. Alloggio gratis riscaldato ed illuminato. Rivolgersi all'Amministrazione del R. Manicomio, via Giulio, 22. Scadenza 15 aprile.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Condotta per Preggio; L. 2866 pei pov., L. 1433.36 per gli abb., con tre sess.; L. 200 per suppl.; assicuraz.; ab. 2500. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 5 marzo.

VERGHETTO (*Firenze*). — Condotta di Alfero; ab. 2019 in 9 parrocchie; L. 3000 con due sessenni, p. poveri, L. 1100 p. gli abbienti, L. 600 per la cav., lorde; assicur.; L. 100 dal Comune di Sarsina. Scad. il 30 marzo.

Medico-chirurgo danneggiato dal terremoto, già medico condotto, desidera interinato. Scrivere al dott. Alfonsi Enrico, vicolo Zucchelli, 23, Roma.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide: Nardodipace (Catanzaro), Ghedi (Brescia).

Nuovi boicottaggi: Marcedusa (Catanzaro) e Corbola (Rovigo), dalle sezioni locali dell'A. N. M. C. e con l'approvazione della Presidenza centrale.

Ci si comunica:

« La Sezione Fanese dell'A. N. M. C. revoca la diffida al concorso di Tavoleto perchè quell'Amministrazione ha adottato il patto di condotta residenziale ».

« La Sezione di Novara dell'A. N. M. C., in seguito al denegato aumento di stipendio (già concordato fra questa Presidenza, il sindaco, il prefetto ed il deputato del Collegio), ha proclamato il boicottaggio della condotta medica di Carpignano-Sesia a favore del dott. Imbrici, il quale, già stabile, ha rassegnato le proprie dimissioni. Si invitano pertanto tutti i colleghi, organizzati o non, a rifiutare anche l'interinato, perchè il servizio viene disimpegnato dallo stesso dimissionario dott. Imbrici ».

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

ROMA. — La Commissione esaminatrice del concorso ad assistenti medici-chirurghi per gli Ospedali riuniti, composta dei proff. Bignami, Chiarini, Amante, Muzi, Roselli, dei 53 concorrenti ne ha riconosciuti idonei 26. Il tema di patologia medica è stato: « La perniciosa comatosa »; il tema di patologia chirurgica è stato: « La carie tubercolare »; la terza prova è consistita in un esame pratico di anatomia topografica. I riusciti in ordine di graduatoria sono: Secondari, Ponti, Ricci, Violato, Caldarelli, Lupi, Grossi, Fioretti, Genovesi, Attili, Visco, Capanna, Piazza, Mochi, Randeger, Savini, Ferrari, Filardi, Frank, Giannelli, De Paolis, Graziani, Silenzi, Milani, Koren, Grasso.

MILANO. — La Giunta provinciale ha nominato il dott. Gonzales Pietro, primario del Manicomio di Mombello.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

LETTERE DA PARIGI.

Il processo della tintura di iodio. — L'impiego della tintura di iodio nella chirurgia venuto da umili origini, come un modesto commerciante che ha cominciato i suoi affari in una botteguccia e che lascia ai suoi eredi una rigogliosa azienda, ha assunto una grande posizione.

Per molto tempo questo rimedio non fu considerato che un *rivulsivo* e salì in onore quando l'uso dei rivulsivi era assai diffuso. Poi sembrava destinato a cadere, colla moda, che impera nella terapeutica come altrove, quando alcuni scienziati risolvettero di trarre partito delle sue qualità antisettiche.

Col nostro Durante la tintura di iodio fu assunta poi a una più alta dignità in quanto per merito del Clinico illustre divenne una delle migliori armi di difesa o di offesa contro il più subdolo dei processi patologici che minaccino tessuti e sistemi importanti alla vita degli organismi, quale lo scheletrico e il linfatico. Nella cura delle lesioni di quest'ultimo sopratutto lo iodio, introdotto nelle glandole offese dal processo tubercolare, ha raggiunto risultati insperati.

Pazienti ricerche di laboratorio mostravano intanto che il potere antisettico dello iodio, associato a quello dell'alcool, era superiore a quello degli atri antisettici e i chirurgi decisero senza altro di affidare alla tintura di iodio l'antisepsi della cute prima di intraprendere ogni atto operativo.

Allora si andò più in là .Si disse che sovente le complicazioni purulente che seguono alle ferite, sopratutto alle ferite lacere e anfrattuose quali si osservavano negli infortuni sul lavoro o in altri accidenti, sono spesso conseguenza del lavaggio delle ferite. Le vie linfatiche aperte dal trauma funzionerebbero come altrettante porte di entrata per i germi della suppurazione o del tetano, i quali, trascinati dall'acqua che inonda i tessuti feriti nell'atto del lavaggio, potrebbero facilmente penetrare per quelle vie e dare occasione alla formazione di linfangite, linfadenite, setticemia e infezione tetanica. Si raccomandò e si prescrisse di non lavare le ferite, negando valore a quelle soluzioni di fortuna fatte a mezzo di pastiglie variopinte, mal dosate, e male disciolte, così in voga sopratutto nel popolo; ma semplicemente di detergere ogni ferita dalla terra o dagli altri materiali che potessero imbrattarla e di cospargerla quindi generosamente di tintura di iodio.

Le statistiche erano infatti là per provare la efficacia del metodo. Il tal chirurgo comunicava

20 casi da lui curati, l'altro 10, l'altro 5, l'altro financo 50. Le piccole statistiche si accumulavano e in mancanza di una grande statistica potevano far supporre risultati attendibili. Si può dire per questo argomento come per gli altri che le statistiche possono fare tanto bene quanto male e che il solo criterio dei numeri, non accompagnato dagli altri tolti dalla regione colpita, dal tempo, dal luogo, dalla natura dei germi, degli strumenti traumatizzanti, dalla resistenza individuale, possono condurre a risultati tra i più fallaci.

La voga della tintura di iodio aveva raggiunto dunque il suo apice quando scoppiò la guerra. La voce popolare, appoggiata anche da quella di taluni principî della scienza, fu unanime nell'ammettere che la tintura di iodio sarebbe la salvezza dei feriti. Per un poco questo popolo così deliziosamente scettico avrebbe innalzato la tintura di iodio agli onori degli altari. Ogni ambulanza da campo fu abbondantemente provvista di tintura di iodio, ogni medico militare volle averne parecchi barattoli di riserva nella sua *trousse*. E non solo i medici, ma anche gli ufficiali e i soldati vollero andare alla guerra col loro flaconcino di tintura. I più colti e i più previdenti portarono con sè dello iodio metallico e dell'alcool, onde preparare la tintura al momento del bisogno, ben sapendo che col tempo la tintura vecchia perde del suo potere antisettico e fino a un certo grado, anestesico, per divenire irritante per i tessuti, caustica, dolorosa e poco disinfettante. Ma la maggior parte partì con la sua brava boccettina e un *pennellino*.

Quando cominciarono le prime grandi battaglie sanguinose, dopo ognuna delle quali si raccoglievano migliaia di feriti, furono constatate due complicazioni che, dato lo sviluppo attuale dell'antisepsi, si sarebbero potute credere quasi scomparse: la cancrena gassosa e il tetano. La percentuale di esse non è stata maggiore che nelle altre guerre, anzi essa è notevolmente minore, almeno tra le truppe alleate che combattono in Francia; tuttavia l'ottimismo che deriva in noi dai potenti mezzi che abbiamo a disposizione per prevenirle non fu giustificato dai fatti.

Per quel che concerne il tetano, l'uso più largo delle iniezioni preventive di siero antitetanico giovò in breve ad arrestarne la propagazione. Si può dire infatti che ora ogni ferito riceve una iniezione di siero antitetanico preventiva e, come si esprimeva Roux in una recente comunicazione all'Accademia di medicina, tale pratica ha salvato molte vite. Tanto si è generalizzato l'uso del siero antitetanico che ad un certo momento le riserve cominciarono a diminuire in tali proporzioni che in parte si è dovuto ricorrere alla importazione da altri paesi, mentre gli istituti scientifici si davano a preparare il più grande numero possibile di animali produttori di siero. Ma la crisi fu in breve superata senza che la fornitura necessaria ai bisogni dei servizi della sanità militare venisse mai meno. Per la cura dei casi conclamati come abbiamo detto in altre nostre corrispondenze molti buoni risultati si ottennero dall'uso delle iniezioni di acido fenico, secondo Baccelli.

Per la cancrena gassosa i chirurgi misero in opera ogni mezzo di difesa, ma ognuno sa quanto questi siano scarsi e impari al bisogno. Fortunatamente e grazie all'ottimo funzionamento dei servizi medici dell'esercito francese, al quale mi piace di rendere qui un omaggio tanto più doveroso in quanto la guerra ha sorpreso il paese in un momento in cui non si pensava alla possibilità di dovere provvedere all'assistenza di un così ragguardevole numero di feriti, i casi di cancrena non furono molti. Ma tra questi malati pochi certo furono potuti guarire perchè questa funesta complicazione delle ferite è quasi sempre fatale, almeno per il membro offeso, quando soltanto un membro è invaso dal processo se non per la vita. Malgrado la valentia degli operatori, malgrado i bagni permanenti nelle soluzioni di ipocloriti di calce e gli altri sistemi di cura antisettica, si dovette ricorrere a delle amputazioni e talvolta si dovette assistere impotenti alla morte delle vittime. Solo la forza d'animo e l'invincibile carità delle patriottiche donne che si sono date all'assistenza dei cancrenosi, consentivano loro di avvicinarsi al letto dei moribondi, a causa del fetore che emanava da quei poveri corpi in isfacelo.

Tale relativa frequenza di complicazioni è stata un po' la sorpresa di questa guerra, svoltasi nel periodo aureo dell'asepsi e dell'antisepsi. Essa tiene certo a cause molteplici. Prima e di gran lunga più importante di tutte all'abbondanza delle ferite d'artiglieria come non s'era mai vista in nessuna altra guerra. Le granate, numerosissime, gettate a profusione non solo contro bersagli resistenti, ma anche contro bersagli animati, e non soltanto granate di pezzi da campagna, ma granate da 105, da 165, da 300, da 305 e anche di più forte calibro, dirette a centinaia contro delle semplici trincee, hanno prodotto il più grande numero delle ferite complicate. Le scheggie robuste di questi proiettili hanno fracassato le membra producendo le ferite più gravi. Anche gli shrapnels, meno usati e meno gravi nei loro effetti, hanno rinnovato l'era delle antiche ferite, quando i fucili tiravano palle di piombo rotonde. Ci diceva un chirurgo militare che egli ha visto suppurare quasi il cento % delle ferite prodotte dall'artiglieria.

Un'altra delle cause di complicazioni è dovuta al fatto che in questa guerra i soldati sono tutti imbrattati di terra e di fango, che aderiscono tenacemente alle loro vesti, alle mani, ai capelli, alla barba, a tutto.

Ma un'altra causa ancora avrebbe, secondo alcuni, potuto favorire il sopravvenire delle complicazioni. E questa sarebbe stata la fede nell'onnipotenza della tintura di iodio. Molti soldati, feriti di ferite leggere, o supposte tali (i proiettili rivestiti dei moderni fucili possono talvolta traversare un membro senza che il ferito sospetti che l'osso è stato perforato) hanno spalmato la ferita con un po' di iodio e non hanno chiesto nemmeno di essere portati al posto di medicatura, con quel disprezzo del male che ha fatto di questi uomini dei così buoni soldati. Altri anche feriti più gravemente, credettero che la semplice medicatura con un po' di tintura di iodio potesse farli considerare oramai fuori del periodo di complicazioni e si presentarono tardivamente alle formazioni sanitarie munite di servizi chirurgici, perchè le loro ferite non avevano un aspetto che ne caratterizzasse l'urgenza.

Qualche giorno più tardi, qualcuno di tali feriti leggeri, coscienziosamente spalmati di iodio, avvertiva il sinistro trisma, precursore dell'imponente corteggio dei sintomi tetanici, o quel caratteristico mutarsi e alterarsi dei tessuti in preda alle necrosi, adatto terreno allo sviluppo dei germi maligni deposti nella ferita dai brandelli di vesti imbrattate o dalla terra, trasportate nelle parti profonde dal proiettile.

Alcuni chirurgi militari dicono di aver osservato che la tintura di iodio mortifica di più i tessuti che sono già così maltrattati nelle ferite anfrattuose e lacere e che la tendenza di tal rimedio a favorire lo sfaldamento degli strati impedisce l'accorrere vigoroso dei leucociti ai quali è affidato il compito di assorbire e distruggere ogni agente nocivo e poscia, raccolti in pus scorrente, di portarli all'esterno, contribuendo così a una detersione meccanica della ferita. Lo iodio è utile invece nelle ferite chirurgiche o in quei tessuti malati in cui il processo infettivo è localizzato e combattuto da ogni parte dal tessuto sano germinante; ma esso diviene una causa di debolezza per i tessuti che non hanno più riserve vitali per reagire. Non altrimenti accade che l'iniezione di un vaccino, che nel decorso di una data malattia infettiva è capace di stimolare la produzione a parte dell'organismo malato di sostanze difensive, quando le condizioni generali sono tali da consentire alla primitiva diminuzione di anticorpi naturali provocata dai corpi batterici introdotti, e agevolare lo stabilirsi della consecutiva reazione umorale di difesa; flusso e riflusso che costituiscono la *marea montante dell'immunità* (1); ma d'altra parte quando le condizioni generali dell'infermo sono troppo depresse, una terapia vaccinica mal compresa può togliere all'infermo gli estremi presidî contro il morbo che incalza.

In presenza di ferite d'artiglieria o d'arma bianca, anfrattuose e lacere, dicono i moderni esperti della chirurgia di guerra, bisogna sbrigliare largamente, lavare abbondantemente, con le varie soluzioni antisettiche, dando la preferenza alla soluzione di acido fenico preconizzata più di mezzo secolo fa dal buon babbo Lister, l'inventore della cura antisettica delle ferite, che ha permesso lo sviluppo della chirurgia attuale. Lavate, sbrigliate, drenate sempre, lasciate correre via abbondante il pus, che vedrete tramutarsi in breve in pus *bonum et laudabile* e non fate dello iodio la panacea universale. « Ne sutor ultra crepidam ».

Così dicono alcuni dei moderni esperti della medicina di guerra, da noi interrogati. Personalmente, non abbiamo il mezzo di poter enunciare un giudizio sufficientemente appoggiato da fatti sicuri. Inoltre questa non è l'opinione unanime di tutti i chirurgi del mondo, ma soltanto di una parte dei chirurghi inglesi e francesi; altre nazioni sono disgraziatamente in conflitto e altri dati saranno raccolti dopo questa guerra dai quali sarà concesso di trarre un giudizio sicuro per pronunziare la sentenza. Tuttavia queste voci discordi, nel coro universale di laudi in favore dello iodio, potranno non essere inutili e, forse, essere prese in considerazione anche nel nostro paese da chi ha il dovere di vegliare ad attenuare gli orrori e i dolori delle guerre, che fossero per avventura prossime e grandi, mediante la cura dei feriti.

« Ma, diranno i lettori, da tutto quanto siete andato esponendo, non apparirebbe che l'uso della tintura di iodio dovesse bandirsi dalla chirurgia di guerra? »....

Rispondiamo: « È appunto per ciò che abbiamo messo come titolo a queste brevi linee *il processo* della tintura di iodio; il *processo*, dicemmo, non la *condanna* ».

Parigi, 20 febbraio 1915. Dottor GOD.

(1) FRANCESCO VALAGUSSA. Il Policlinico, sez. prat., 25 ottobre 1914.

A proposito della nostra « Lettera da Parigi » pubblicata nel fasc. 9, il dott. Agostino Rizzo da Biancavilla ci scrive per rilevare che le nostre frontiere furono chiuse all'*assenzio* con l'articolo 6 della legge 19 giugno 1913, n. 632, recante provvedimenti per combattere l'alcoolismo; esso vieta la fabbricazione, l'importazione, il deposito e la vendita dell'assenzio.

NOTIZIE DIVERSE.

Per l'igiene scolastica.

Il 15 corr., in una sala del Ministero della pubblica istruzione, si è per la prima volta riunita la Reale Commissione consultiva per la igiene scolastica e l'igiene pedagogica, istituita con R. decreto 25 ottobre 1914, n. 1256.

Erano presenti S. E. il sottogretario di Stato, on. Rosadi; i comm. Corradini, Fiorini e Masi, direttori generali rispettivamente dell'istruzione primaria e popolare, dell'istruzione media e dell'istruzione superiore; il comm. Lutrario, direttore generale della Sanità; i proff. comm. Di Vestea e comm. Sclavo, direttori dell'Istituto d'igiene, rispettivamente della Università di Pisa e di Siena, e l'ing. cav. Poggi dell'Ufficio tecnico del Comune di Milano.

Assistevano per la segreteria il prof. cav. Magnocavallo, R. provveditore agli studi, e il professor cav. Ilvento, medico provinciale.

L'on. Rosadi portò ai convenuti il saluto cordiale del ministro Grippo, augurando che la Commissione possa, coi suoi studi e le sue proposte, recare efficace contributo per un migliore ordinamento della vigilanza igienico-sanitaria sulle scuole elementari e medie del Regno.

Rispose all'on. sottosegretario di Stato il commendator Lutrario, a nome dei componenti la Commissione, assicurando che questa farà del suo meglio per corrispondere alla fiducia dei ministri dell'interno e dell'istruzione.

La Commissione si è quindi formalmente costituita nominando all'unanimità a suo presidente il comm. Lutrario ed ha poi discusso dell'ordine da seguire per lo svolgimento dei lavori.

Corso di medicina e chirurgia di guerra.

Presso i Regi Istituti clinici di perfezionamento in Milano si tiene, dal 15 marzo al 15 aprile, un corso di medicina e chirurgia di guerra col seguente programma:

Parte medica. — Spedalizzazione militare in tempo di guerra (dott. Massarotti, maggiore medico dell'Ospedale militare). — Profilassi generale e speciale delle malattie infettive trasmissibili negli eserciti (prof. Cesa-Bianchi). — Malattie infettive (proff. Belfanti e Polverini). — Malattie del sistema nervoso e mentali (prof. Medea). — Malattie veneree (prof. Pasini).

Parte chirurgica. — Lesioni d'arma da fuoco e da taglio e loro trattamento. Traumatologia di guerra (proff. Rossi, Crosti e Castiglioni). — Conseguenze ed esiti delle ferite in guerra (professor Galeazzi). — Servizio radiologico di guerra (prof. Perussia) — Cura protesica delle lesioni delle ossa mascellari (prof. Fasoli). — Lesioni dell'occhio (prof. Denti). — Lesioni traumatiche dell'orecchio e della laringe (prof. Calamida).

Le lezioni hanno luogo tutti i giorni feriali dalle 15.30 alle 18 nell'Aula Magna degli Istituti clinici in via Commenda, n. 12. Possono essere frequentate dai medici, senza bisogno di iscrizione e senza pagamento di tasse.

Il corso venne inaugurato il 13 corr. con una conferenza del prof. Baldo Rossi: « Impressioni di un chirurgo nei paesi della guerra ».

Altra conferenza sarà tenuta dal prof. Riccardo Galeazzi la sera del 22 sulle « Moderne provvidenze sociali per i mutilati in guerra ».

L'on. Grippo, ministro della P. I., poco prima dell'inaugurazione del corso inviava il seguente telegramma al decano degli Istituti Clinici, senatore Mangiagalli:

« Il Ministero, mentre prende atto, con vivo compiacimento, della avvenuta inaugurazione, presso codesti Istituti, del corso delle infermiere di guerra e della prossima apertura del corso di medicina e chirurgia di guerra per i medici, vuole espresso così a Vossignoria come ai suoi benemeriti collaboratori il plauso per la nobile patriottica opera che si propongono di svolgere ».

Corso per gli ufficiali sanitari.

Il corso bimestrale per gli aspiranti alla carica di ufficiale sanitario incomincierà nell'Istituto di igiene della R. Università di Torino il 5 di aprile e terminerà il 31 maggio.

Le lezioni e gli esercizi pratici avranno luogo tutti i giorni dalle ore 9 alle 17 ad eccezione dei giorni festivi e dei pomeriggi del sabato.

Per ricavare maggior profitto delle esercitazioni pratiche, sarà utile munirsi possibilmente di microscopio.

Pel miglioramento igienico-sanitario della Sardegna.

È sorto a Roma un Comitato per combattere in Sardegna la piaga della malaria e favorire così quella tanto auspicata colonizzazione, nella quale è indubbiamente contenuta molta parte della resurrezione della Sardegna. S'intitola « Comitato per il miglioramento igienico-sanitario dei contadini colonizzatori di Sardegna ». Si propone di concorrere alla bonifica umana della popolazione agricola in dimora stabile nei centri di colonizzazione, sia con la distribuzione di medicinali per migliorarne le condizioni igieniche e per combattere la malaria, sia col promuovere l'istituzione di colonie estive per ragazzi. L'Istituto provvederà con mezzi propri alla distribuzione dei medicinali: e i soci concorreranno alla propaganda per l'igiene e la salute dei poveri agricoltori.

I medici vittime della guerra in Germania.

Dalla « Münchener mediz. Wochenschrift » del 9 marzo 1915 riportiamo la seguente notizia:

In base alle *liste delle perdite* nn. 1-150, la « Berl. Aerzte-Corr. » computa che i medici della Germania morti sui campi di battaglia sono 119, quelli feriti 235; i medici prigionieri figurano in numero di 42, quelli sperduti in numero di 95.

In queste cifre non sono compresi gli studenti di medicina, ma sono compresi i medici non ufficiali. Dal computo sono escluse le perdite dell'armata bavarese.

Lo stesso numero della « Münchener registra nella *lapide dell'onore* (Ehrentafel) dei « morti per la patria » 48 nuovi nomi, tra i quali 11 laureandi, uno studente in medicina e 36 medici; tra questi sono due generali medici della riserva.

Per i medici veterinari.

Il Real Governo di Serbia cerca per il suo esercito dei medici veterinari alle seguenti condizioni:

1° rimborso delle spese di viaggio dell'andata e del ritorno; 2° retribuzione da convenirsi fra i 400 e 500 franchi mensili; 3° indennità giornaliera per spese di vitto in franchi tre.

Dirigere le offerte in Roma al Consolato generale in via Poli, n. 25.

Rassegna della stampa medica.

Medic. Record, 28 nov. ABBE: I raggi del radium. — SAVINI: Lesioni traumatiche nell'appendicite.

Riv. Ospedal., 30 nov. MILANI: I rammollimenti del corpo calloso. — MULÈ: Sulla sterilizzazione cutanea in chirurgia.

The Journal A. M. A., 28 nov. GREGG: I fattori genetici delle psiconeurosi. — SOUTHARD: La profilassi mentale. — RICHARDSON: La prevenzione delle malattie contagiose negli ospedali.

La Clin. Med. Ital., nov. Le sindromi epilettiche nella clinica contemporanea. — MANFREDI: L'adrenalina nella clinica. — OLLINO: La sfigmobolometria. — BERTELLI: Cardiopatia da vizio congenito.

L'Attualità Med., nov. FERRARI: Sul meccanismo del senso morale e sulla psicoterapia.

Proc. R. Soc. of Med., nov. DAVIDSON: La localizzazione dei corpi estranei ai raggi X (discuss.).

Ann. di Ostetr. e Ginec., 30 nov. CARLINI. La reazione di Moriz-Weisz nello stato puerperale.

Ann. di Med. Nav. e Colon., ott.-nov. GAUDIOSI, CAVALLINI: Profilassi antimalarica. — CAVALLINI: Profilassi antivenerea.

Münch. Med. Woch., 1 dic. SCHULER: Infezione puerperale da bacillo gassoso di E. Frankel. — LUDWIG: Sulle ferite da arma da fuoco dei polmoni. — SIEMON e A.: Sulla terapia del tetano.

La Pediatria, dic. CHIARAVALLOTI: La formola leucocitaria nell'eredo-sifilide. — SEGAGNI: La reazione del gliciltriptofano nel liquido cefalo-rachideo dei bambini. — DE VICARIIS: La diatesi essudativa.

Giorn. di Med. Milit., 30 nov. TERRA ABRAMI: Sul trattamento dei traumi cranio-encefalici. — MARENGO: La sierodiagnosi della sifilide secondo von Dungern.

Arch. Ital. di Ginecol., 30 sett. SANTORO: La tecnica della sala di operazione.

The Journ. of Trop. Med. a. Hyg., 1 dic. BALFOUR e WENYON: Sul cosidetto *Plasmodium tenue* (Stephens). — Mc. MILLAN: Il colera asiatico.

Riv. di Ig. e San. pubb., 1 dic. RAGAZZI: Valutazione del progresso igienico in Francia ed in Italia.

Bull. de l'Ac. de Méd., 1 dic. SAINTON: Il trattamento del tetano col metodo Baccelli.

Rev. del Circ. Méd. de Córdoba, 5-8. SORIA: La diagnosi della tubercolosi nel lattante. — MORRA: Sitiofobia e suo trattamento.

L'Ig. Scolast., 30 nov. CACACE: L'ispezione sanitaria scolastica in Italia. — DI VESTEA: La refezione scolastica.

L'Idrologia, ecc., ott. BOSSI A.: La galvanizzazione dei vaghi nelle neurosi gastriche.

La Liguria Med., 1 dic. SIVORI e COSTANTINI: Sulla vaccinazione contro la difterite.

Rev. del Circ. Méd. Argentino, giugno-ottobre. JAKOB: I problemi biogenetici e loro relazioni con la filosofia moderna. — AMADEO e JAREGNI: Caso di miiasi. — UDOANDO: Le sindromi itteriche.

Arch. di Farmac. e Sc. affini, 1 nov. e 15 nov. BUSCEMI GRIMALDI: La reazione di Neumann per la diagnosi differenziale del sangue gravidico e fetale.

Gazz. d. Osp., 3 dic. MANTELLI: Esiti lontani della plastica col sartorio nella cura di certe ernie inguinali.

Wien. Klin. Woch., 3 dic. HABERER: Sulle ferite del cranio in guerra. — HASS: Sulle fratture da arma da fuoco del femore. — BEER: La rigidità della colonna vertebrale e sua prognosi.

The Practitioner, dic. GOODHART: La cura delle iniezioni nelle emorroidi. — WYNTER: La diagnosi di casi oscuri di carcinoma. — BIGG: Le malattie della guerra: tifo esantematico, tifo addominale, dissenteria e colera. — PINI: L'acido fenico nel trattamento del tetano. — DRINKWATER: La longevità di medici eminenti.

La Rif. Med., 5 dic. TEDESCHI: Azione diretta della nicotina e del tabacco sulla mobilità e sul tono dell'intestino. — MARSIGLIA: Osteomielite da proteo. — SALMON: L'isterismo.

Die Ther. d. Gegenw., dic. WILLIGER: Le infiammazioni della mucosa boccale. — ROSENFELD: La cura della stitichezza cronica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. Roma, 28 marzo 1915 Fasc. 13

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AVVISO. — Gli associati che intendono profittare del premio ordinario pel 1915

Manuale di OTO-RINO-LARINGOIATRIA

compilato dal prof. G. BILANCIONI

assistente alla R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica e aiuto medico negli Ospedali di Roma,

sono pregati di affrettare l'invio dell'importo del loro abbonamento (1) pel corrente anno 1915, perchè la stampa di tale volume è pressochè ultimata ed il medesimo verrà subito inviato *soltanto a coloro che avranno effettuato il pagamento prima del* 31 *marzo* 1915 o che avranno autorizzato la nostra Amministrazione ad inviarglielo gravato d'assegno pel dovuto importo di abbonamento e prescritte spese di spedizione **nonchè per le accessorie tasse postali di assegno, ecc.**

(1) Per le spese d'affrancazione, raccomandazione, ecc., del Premio, unire all'importo d'abbonamento 50 centesimi se per l'Italia e fr. 1 se per l'Estero.

Ricordiamo che i Vaglia-lettere e le Cartoline-vaglia debbono essere indirizzati esclusivamente al prof. Enrico Morelli, Via del Tritone, 46, Roma.

L'AMMINISTRAZIONE.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

Sul reperto del sintoma "glicosuria" in certe condizioni morbose

per il dott. ANTONIO POZZO.

È noto da tempo come il cosidetto «stato glicosurico» non sia sempre identificabile con lo «stato diabetico»; in altri termini, non ogni glicosuria fa necessariamente parte della sindrome diabetica. Naunyn ha avvertito che si deve essere molto cauti nell'assegnare il vero valore alle glicosurie che si presentano in certe affezioni flemmonose; ricordando tale monito il dott. Becker, sulla base di ottomila osservazioni di casi di foruncoli, flemmoni, gangrene, eresipele, ecc. potè assodare che, sia pure in una percentuale molto ristretta (2-3 %), si può avere una glicosuria transitoria che di regola scompare con il miglioramento del processo in corso.

Astraendo dalle glicosurie provocate negli animali (florizinica, da spancreatizzazione, bulbare, surrenale, da lesioni sperimentali del fegato, tossica, ecc.) e nell'uomo (alimentare, florizinica, tossica) dei semplici disturbi funzionali del sistema nervoso (traumi psichici), il raffreddamento (Bamberger)), molte malattie infettive possono provocare una transitoria presenza di zucchero nelle orine dell'ammalato. Così: il co-

lera, l'ileotifo, la dissenteria, la pertosse, la difterite, il morbillo, il vajolo, la scarlattina, le febbri malariche, la setticoemia, la polmonite, e, in un caso di Livierato, la poliartrite reumatica acuta. Teschemacher ebbe, dopo l'iniezione di tubercolina di Koch, un caso di glicosuria temporanea; Manchot ottenne riduzione del Fehling con le orine di dodici ammalati di sifilide al secondo stadio, su 359 pazienti osservati allo stesso periodo del processo morboso. Uno stato glicosurico transitorio venne ancora osservato in varie affezioni chirurgiche: nell'appendicite (Leidy, Cohen); in un caso di cistoma ovarico (Malcolm: la glicosuria scomparve dopo l'asportazione del tumore); in alcuni casi di ustioni gravi (Hill-1861; sembra anzi, secondo il Vannini, che in tali casi la glicosuria sia una complicazione non rara). Gli acidi fosforico, lattico, cloridrico, solforico, iniettati nelle vene, determinano una glicosuria rapida ed intensa; così pure la stricnina, l'acido cianidrico, il curaro, la morfina, il nitrito d'amile, il fosforo, l'anilina, la segale cornuta, il veronal, il mercurio, l'ammoniaca, ecc.

L'etere, il cloroformio, il gaz d'illuminazione, l'ossido di carbonio, possono provocare glicosuria. Fischer la ottenne con l'iniezione endovenosa di sali di sodio nel coniglio. Il Borelli ricorda come sotto il nome di glicosuria epatogena von Noorden abbia radunato tutte le glicosurie la cui ragione si rinviene in un improvviso depauperamento di glicogene del fegato. Le cause che possono provocare tale fenomeno sarebbero parecchie, ed il prototipo di esse rimarrebbe sempre la puntura del pavimento del 4° ventricolo, secondo Cl. Bernard; vengono poi tutte le altre lesioni del sistema nervoso con cui si riuscì a provocare glicosuria: estirpazione del ganglio cervicale simpatico superiore ed inferiore, del primo ganglio toracico, dei gangli addominali, dei nervi simpatici, lesione del cervello, del mesencefalo, del cervelletto, dei nervi periferici, ecc.

Vassale aveva osservato una glicosuria transitoria che appare nei gatti subito dopo l'asportazione o la causticazione della ghiandola carotica. Poichè di tale organo sono ancora sconosciuti e il vero significato anatomico (le questioni ad esso relative non sono ancora del tutto risolte) e il significato fisiologico, ho voluto ricercare se la glicosuria transitoria osservata in tale condizione dal Vassale fosse essenzialmente da ascriversi alla distruzione della ghiandola carotica. Ho pertanto condotto, nell'Istituto di Patologia generale della R. Università di Padova, alcune esperienze le quali mi hanno provato che una glicosuria più o meno notevole, da semplici traccie di zucchero al dosaggio dell'8.3 per mille ed oltre di glucosio, può aversi, oltre che con la causticazione bilaterale dei corpuscoli carotici, con la causticazione del corpuscolo di un lato solo, con lo spezzettamento e con l'asportazione del corpuscolo stesso, con la semplice scopertura del fascio vascolo-nervoso sino alla biforcazione della carotide, con la legatura unilaterale della carotide, e in interventi chirurgici portati in varie regioni del corpo dell'animale (laparotomia semplice, laparotomia con resezione di omento); in altri casi, e nelle stesse condizioni chirurgiche, il glucosio appariva nelle orine in traccie minime o mancava qualsiasi riduzione. Praticavo di solito la reazione di presenza con il Nyländer, l'analisi quantitativa con il Fehling, analogamente ai metodi usati dal Vassale; però, per mettermi più al sicuro da eventuali cause di errore, prima di praticare le reazioni precipitavo l'albumina, se presente con Na Cl, ed eliminavo i sali dell'H_2SO_4 e dell'HCl con acetato di piombo, previa filtrazione.

Sembra adunque che uno stato glicosurico possa aversi in determinate condizioni chirurgiche nelle quali può anche essere appena apprezzabile o addirittura mancare del tutto: ciò confermerebbe, indirettamente, l'opinione del Delamare per cui la sclerosi fisiologica del corpuscolo carotico è poco favorevole all'idea di un incarico fisiologico di qualche importanza. Inoltre, anche ammessa la cromaffinità della ghiandola carotica (Kohn, Stilling, Kose), dovrebbe trattarsi di un centro adrenalinogeno ben poco attivo se esso è incapace di opporsi agli effetti della capsulectomia bilaterale.

Contemporaneamente a tali ricerche mi venne fatto di osservare che in due ammalati ricoverati nella Divisione chirurgica diretta dal professore R. Penzo all'Ospedale civile di Padova, uno stato glicosurico molto marcato coesisteva con la presenza di un favo vespaio del collo, in un caso, e di un adenoflemmone della regione poplitea destra, nell'altro; tale stato glicosurico scomparve dopo un generoso trattamento delle due affezioni chirurgiche. Nel primo caso, si trattava di un impiegato cinquantenne. Il Pari, in un nota apposta alla recensione da lui fatta del lavoro succitato del Becker, osserva che la tendenza alla glicosuria si può avere in tutte le malattie febbrili, e non sorprende quindi che si abbia nelle malattie flemmonose, le quali, fra le affezioni chirurgiche, sono le malattie febbrili per eccellenza. Io ricordo che in tale caso, in cui si trattava di un favo vespaio profondamente infiltrato e con una base assai larga, la temperatura non oltrepassò mai i 37° centigradi.

Nel secondo caso si trattava di una ragazza di diciannove anni; l'adenoflemmone popliteo era consecutivo a lesione settica della cute del piede destro.

Ebbi pure occasione di constatare una glicosuria transitoria nel decorso di una osteomielite acuta infettiva della tibia sinistra, in un ragazzo di dodici anni e, in un grave caso di flemmone della gamba sinistra, in un bambino di sei anni e mezzo. In questi casi la comparsa della reazione coincideva con l'aggravarsi dei fatti locali e conseguentemente con un notevole innalzamento termico (39.5°-40.2°).

La comparsa della glicosuria in gatti che erano stati operati senza uno scopo determinato, per controllo, nella serie di esperienze cui ho sopra accennato, mi indusse ad esaminare attentamente le orine degli operati in Divisione chirurgica nei primi giorni dell'intervento: ho finora constatato la presenza di traccie di glucosio, mentre prima la reazione era completamente negativa, in una operata per appendicite cronica recidivante e in un giovanotto operato per ernia inguinale bilaterale. La reazione non fu più apprezzabile oltre le 48 ore dall'intervento.

Qualunque ipotesi, allo stato attuale della conoscenza su una questione tanto dibattuta, sarebbe azzardata. Ricorderemo come il Carnot abbia sentenziato che da tutte le esperienze e le osservazioni note si deve per ora concludere che la glicosuria è un fenomeno complesso risultante dal concorso di più fattori in varia misura concorrenti nei singoli casi. Alcuni di questi ci sono noti, almeno in parte, e tra questi un gruppo di dati preziosi fa capo al pancreas; ma i compensi dell'organismo, ancora mal conosciuti, l'influenza reciproca delle azioni ghiandolari interne, spesso ne rendono ancor dubbio e ne velano il valore. E il Cammidge, a proposito dell'azione che sulla comparsa di stati glicosurici avrebbero le surrenali, la tiroide, la pituitaria, gli organi del sistema cromaffine, osserva che, confermino o disapprovino in parte susseguenti osservazioni le teorie avanzate in proposito, non può esser dubbio « che esse fanno balenare una più vasta concezione della patologia del diabete ed indicano che la glicosuria non è una malattia, ma un sintoma comune a molte condizioni patologiche ». Al qual proposito converrà però ricordare che quando si parla di una glicosuria transitoria (sperimentale, tossica, nelle malattie infettive, ecc.) ci troviamo in condizioni diverse da quelle in cui, come nel diabete, si tratta di una sindrome morbosa complessa e, in sostanza, ben determinata.

Premariacco (Udine), ottobre 1914.

BIBLIOGRAFIA.

BECKER. *Glicosuria transitoria nelle malattie flemmonose.* Münch. med. Woch., 1911, n. 39.
CAMMIDGE. *Glycosuria and allied conditions.* London, Arnold, 1913.
CARNOT. *Maladies des glandes salivaires et du pancréas.* Paris, Maloine, 1908.
DELAMARE. *Organes chromaffines* nel *Trattato d'anatomia umana* del POIRIER. Paris, Masson, 1913.
RICHARDIEN et SICARD. *Maladies de la nutrition, goutte, obésité, diabète.* Paris, Maloine, 1912.
VASSALE. *Gli effetti della distruzione della ghiandola carotica.* Pathologica, anno III, numero 70.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

L'operaziome in due tempi con speciale riguardo al trattamento del cancro.

(GEORGE W. CRILE. *Annals of Surgery,* LX, 1).

Sia i risultati immediati che i tardivi di alcune operazioni sono assai migliori se esse vengono praticate in due tempi, in parte perchè i pazienti possono trovarsi in condizioni troppo deboli per sostenere tutt'insieme un grande intervento, in parte perchè il primo tempo può preparare la via a una seconda operazione più sicura e, nei casi maligni, può esser prevenuto il trapianto di cellule cancerigne.

L'articolo considera appunto dei casi appartenenti a quest'ultima categoria considerando le operazioni per cancro del retto, dello stomaco, del grosso intestino, dell'utero, della laringe, della lingua, con una breve discussione anche sul valore dell'operazione in due tempi nelle infezioni addominali e nel gozzo esoftalmico.

È ovvio che saranno compiute in due tempi solo quelle operazioni in cui tale pratica diminuisce i pericoli.

L'obiezione principale era che il paziente spesso si rifiutava di sottomettersi di nuovo ai disturbi della narcosi: ma oggi l'anociassociazione con anestesia all'ossido d'az. e ossigeno ha eliminato quella difficoltà: e si è spesso constatato che il secondo intervento — che di solito è il più grave — non causa maggiori disturbi, e talvolta anche minori, che l'operazione preliminare.

Cancro del retto. — La colostomia preliminare prepara splendidamente la via per l'intervento maggiore, e l'energia del paziente è talmente conservata, che egli affronta il secondo intervento senza riluttanza, mentre la presenza dell'ano artificiale rende assai minore il pericolo di una infezione della ferita.

Cancro dello stomaco. — In un primo tempo si pratica la gastroenterostomia e quindi si intraprende la resezione quando il bilancio nutritivo è assicurato, di solito entro 10 giorni o 2 settimane. Nei casi avanzati di ulcera gastrica è metodo eccellente quello proposto da v. Eiselsberg di praticare dapprima con anestesia locale una digiunostomia, rimandando l'operazione definitiva a quando le condizioni di nutrizione siano migliorate: incidentalmente il riposo gastrico prolungato può guarire l'ulcera. La semplice gastroenterostomia dà una mortalità assai minore che la gastrectomia perchè meno aggressiva e perchè più pronto è il riadattamento anatomico e fisiologico: quando quest'ultimo sia stato ottenuto, la resezione è condotta a termine con un margine di sicurezza assai maggiore. Un vantaggio inaspettato dell'operazione in due tempi per gastrectomia è poi illustrato dal seguente caso: un grosso tumore pilorico fu diagnosticato come carcinoma, e all'operazione preliminare sembrò che la diagnosi dovesse esser confermata; ma alla seconda operazione, che, dato l'imponente grado di denutrizione, fu dovuta ritardare fino a 3 settimane dopo la prima, si trovò con meraviglia che la massa peripilorica era scomparsa: per acquistare maggior sicurezza si fece la resezione dell'ulcera esistente, operazione relativamente assai semplice, nel dubbio che alle sue basi vi fosse l'elemento epiteliomatoso, ma l'esame istologico ne dimostrò l'assenza completa. L'operazione eseguita tutta in un tempo non solo sarebbe stata enormemente aggressiva senza necessità, ma avrebbe posto a grave rischio la vita del paziente.

Cancro dell'utero. — In una operazione dissecante il più grande pericolo è dato dall'autotrapianto delle cellule cancerigne: un opportuno mezzo preventivo è costituito da una preliminare, generosa distruzione col cauterio. Nel cancro del collo in un primo tempo si distrugge ogni traccia del tumore per mezzo del cauterio di ferro rovente, che porta un calore bastante a produrre una coagulazione penetrante del protoplasma, giacchè lo scopo è di ottenere la coagulazione, non l'escara; quindi con un cauterio dissecante si sezionano gli attacchi vagino cervicali in modo da interrompere tutti i vasi che vanno dalla vagina all'utero: l'anemia che ne segue distruggerà in un giorno tutte le cellule cancerigne già deteriorate. Dopo di ciò in un secondo tempo potrà esser praticata l'isterectomia senza il pericolo dell'innesto immediato del cancro.

Cancro della laringe. — In un primo tempo i piani profondi del collo su ciascun lato della trachea sono tamponati con garza iodoformica. Ciò provoca una reazione locale che fissa la trachea e protegge il mediastino evitandone così l'infezione. Questo metodo evita anche il pericolo di una infiammazione del vago. E in tal modo il secondo tempo, la escissione della laringe, è compiuto con sicurezza e facilità. In 34 laringectomie 28 ne furono eseguite dall'A. in due tempi e si ebbe fra queste solo un caso di morte.

Cancro della lingua. — I due principali problemi in questa operazione sono la possibilità di una cura radicale e il pericolo immediato, costituito il più delle volte da una polmonite per inalazione dal campo operatorio infettato e talvolta anche dall'esaurimento prodotto dalla diminuita introduzione di cibo e dalla lunga durata della malattia. Per ottenere una guarigione radicale occorre anche l'asportazione di tutte le glandole e gravissimo è quindi lo shock chirurgico, se l'operazione è compita in un sol tempo. Si aggiunga che la recidiva può dipendere anche dall'immediato trapianto delle cellule cancerigne nella bocca. È quindi assai opportuno dirigersi prima contro la malattia boccale, se è il caso anche in due giorni successivi, cauterizzando prima e poi escidendo; e quando il paziente sia ben guarito di questo primo intervento e possa bene alimentarsi, compiere l'operazione finale, l'escissione delle glandole cervicali. E si deve anche considerare che un collo malato non permettendo al paziente di sollevare il capo, di girarlo, di evitare l'inalazione, rende quasi certa l'infezione per aspirazione dalla bocca se l'operazione è eseguita in un tempo solo.

Infezioni addominali acute. — Nei casi di ascesso acuto della pelvi una puntura vaginale determinando una risoluzione parziale diminuisce straordinariamente il pericolo per una eventuale seconda operazione (per salpingite cronica residuata).

Nelle appendiciti acute con ascesso circoscritto, quando l'appendice non possa esser prontamente afferrata, si può in un primo tempo applicare un semplice drenaggio e quindi prodottesi le aderenze praticare l'appendicectomia. Si noti che in tal caso l'anestesia ossido d'Az-ossigeno con anociassociazione lascia, al contrario della anestesia eterea, in piena efficacia le difese leucocitarie.

Nelle crisi di colecistite acuta si seguirà un piano analogo: se un'escissione totale non è facilmente possibile si applica un semplice drenaggio rimandando la colecistectomia a quando, passata la bufera, si sia ristabilito un notevole margine di vitalità.

Nell'ostruzione intestinale da cancro un'operazione preliminare consistente nella colostomia serve a rimettere in forze il paziente sì da render poi possibile la resezione.

Nella gangrena intestinale con grave intossicazione si esteriorizza e si drena l'ansa intestinale; se e quando si saranno ottenute delle condizioni generali discrete si praticherà l'anastomosi.

Gozzo esoftalmico. — Un'operazione in due e anche in tre tempi dà assai maggior garanzia di sicurezza. Il primo intervento è il più pericoloso, ma con l'anociassociazione e la morfina l'unico pericolo da temere è l'acidosi: questa può scoppiare a causa di eccitazione psichica, lesione fisica o per una diminuzione troppo rapida del tessuto tiroideo.

RIASSUNTO.

1° Gli ultimi miglioramenti nella tecnica chirurgica, per i quali è stata eliminata una buona parte del pericolo e quasi completamente le sofferenze e i disturbi operatorî, hanno messo in grado il chirurgo di utilizzare pienamente i vantaggi delle operazioni in due tempi per quei casi seriamente pregiudicati da una vitalità deteriorata, mentre che è stato ridotto al minimo, per i casi di cancro, il pericolo di un autotrapianto immediato.

2° I casi acuti di infezione della pelvi, dell'appendice o della cistifellea possono esser trattati con maggior sicurezza con un drenaggio preliminare, riserbando il completamento dell'operazione a quando le condizioni del paziente siano migliorate.

3° L'anociassociazione estende grandemente il campo della chirurgia e diminuisce la mortalità delle operazioni gravi in pazienti deteriorati.

4° È da aspettare fiduciosamente che l'attuale mortalità delle resezioni gastriche intestinali venga abbassata di almeno la metà dall'operazione in due tempi condotta sotto anociassociazione.

SEBASTIANI.

NEUROLOGIA.

Il dolore nelle neurosi.

(OPPENHEIM. *Deutsche Zeit. fur Nervenheilk.*, 1914, n. 1-4).

Per quanto il dolore costituisca il sintoma più frequente e spesso più importante di molti stati morbosi, pure le nostre conoscenze sulla sua essenza e sulle sue cause sono ancora molto scarse.

Nelle affezioni che ripetono verisimilmente la loro origine da un disturbo funzionale delle glandule a secrezione interna si hanno come fenomeni precoci dei dolori vaghi, tormentosi. L'A. ha visto in alcuni casi il morbo di Basedow inziarsi con questa specie di dolori, che hanno costituito anche per anni l'unico sintoma premonitorio della malattia.

Lo stesso fatto egli ha visto verificarsi in alcuni casi di miastenia, che pure è una malattia che per lo più decorre senza manifestazioni dolorose.

Alcuni autori hanno descritto un tipo doloroso di acromegalia: ed infatti, a prescindere dalle cefalee in diretto rapporto col tumore endocranico, in quest'affezione che è legata, come oramai generalmente si ammette, ad una disfunzione dell'ipofisi si hanno agli arti parestesie ed anche veri dolori a fitte.

I dolori reumatoidi infine che si verificano nello stadio prodromico della paralisi agitante, quelli della tetania, forma parastesica e neuralgica, sono anche essi verisimilmente legati a disturbi endocrini.

Il sintoma dolore in queste affezioni deve dipendere da un disturbo quantitativo o qualitativo della funzione delle glandule a secrezione interna per modo che si versano nel sangue delle sostanze che vanno ad eccitare le fibre nervose sensitive. Non sappiamo se tali sostanze sono gli stessi ormoni normali che agiscono per eccesso o per difetto o se si tratti di veleni che si formino solo eccezionalmente.

Ad analoghi disturbi endocrini sono legate le molteplici algie che si verificano durante il climaterio. Le acroparestesie tanto frequenti in questo periodo della vita della donna, e che possono giungere perfino al grado di dolori violentissimi, a carattere accessionale, devono mettersi in conto del difetto funzionale delle glandule genitali. A spiegare il meccanismo d'insorgenza di tali dolori l'A. accenna alle altre condizioni del climaterio: le anomalie psichiche, sopra tutto lo stato depressivo, che favorisce lo insorgere del dolore e lo rende più tormentoso, l'iperestesia psichica che abbassa la soglia dell'eccitabilità per le sensazioni che giungono ai centri sensitivi-sensoriali, ed infine i disturbi vasomotori.

I dolori che si hanno nelle malattie da intossicazione, da infezione, e del ricambio materiale possono essere benissimo spiegate con lo stesso meccanismo che si verifica nelle malattie delle glandule endocrine.

Nella produzione dei dolori nelle neurosi agiscono certamente vari fattori. Vi sono dei dolori, le psicalgie che hanno una origine schiettamente psichica, la quale può essere duplice: ideogena ed emozionale.

I dolori ideogeni, che hanno la particolarità di essere quasi sempre localizzati, sono i così detti dolori nosofobici, tra i quali più comune la canerofobia.

Non è dubbio che anche in questi dolori interviene in un secondo momento un fattore emozionale, ma l'origine prima, prevalente è schiet-

tamente ideativa. Questi dolori possono insorgere senza alcun punto di partenza somatico, ma non è escluso che possano avere la loro base in fatti materiali di nessuna importanza, e che normalmente decorrono senza alcuna sensazione dolorosa.

I dolori di origine emozionale sono i più frequenti nelle neurosi; allo stato di malcontento, di angoscia, al sentimento di essere malati corrispondono sensazioni somatiche, che possono essere l'effetto di una interpretazione patologica, di trasformazione di processi psichici, o che possono essere addirittura la espressione di una irradiazione dell'eccitazione psichica nelle varie parti del corpo. I dolori emozionali, a differenza di quelli ideogeni, hanno spesso una diffusione generale.

I dolori somatogeni delle neurosi non si distinguono nettamente da quelli di origine psichica; per lo più l'elemento psichico si sovrappone a quello somatico. Così i dolori fisiologici, come quelli che seguono ad un lavoro muscolare eccessivo, quelli patologici, come l'emicrania divengono permanenti, vengono fissati e persistono nella mente del soggetto anche quando sono cessati i fatti corporei che li hannó determinati. Brissaud chiama questi dolori, dovuti alla persistenza, alla trasformazione di un dolore per sè stesso transitorio, douleurs d'habitude; Oppenehim ritiene più adeguata la denominazione di dolori mnemonici.

Gli stessi fatti si verificano quando una costituzione neuropatica è associata con altre malattie somatiche, e sopra tutto con disturbi del ricambio maeriale, il diabete, la gotta, la diatesi angiopatica. In taluni di questi malati si hanno delle manifestazioni che in soggetti a sistema nervoso integro passano inosservate, mentre quando coesiste una condizione neuropsicopatica la iperestesia e la introspezione fanno apprezzare dolorosi quegli stimoli che pur non hanno la intensità necessaria per raggiungere la soglia del dolore negli individui normali.

Uno stesso meccanismo verisimilmente si verifica nelle neurosi dolorose che seguono ad un dolore somatico provocato da un trauma. Un'altra combinazione molto frequente e molto interessante per le sindromi dolorose è quella tra costituzione neuropatica, e la diatesi vascolare. Nelle neurosi vasomotorie si ha una tendenza agli spasmi vasali che è una sorgente di dolori con caratteri particolari. Così nel morbo di Raynaud spesso il sintoma dolore precede tutti gli altri, e spesso nelle forme fruste di questa malattia le acralgie rimangono sempre il sintoma più imponente, se non l'unico. Anche nella clandicazione intermittente il disturbo vasale obbiettivamente constatabile può essere preceduto anche per lungo tempo solo da dolori durante la deambulazione.

Ma oltre queste condizioni che sono permanenti, insite alla costituzione stessa del paziente vi sono delle condizioni che abbassano solo temporaneamente la soglia dell'eccitabilità agli stimoli centripeti. Le anemie acute, gli stati di esaurimento comunque provocati, le influenze metereologiche, l'inanizione, l'insonnia prolungata sono fattori della massima importanza per rendere dolorosi gli stimoli, che nello stesso soggetto in condizioni normali, non riescono a raggiungere la soglia del dolore.

L'eredità ha una parte non trascurabile nella produzione dei dolori dei neuropatici: valga per tutti ricordare l'esempio dell'emicrania, che, come è noto, è un disturbo eminentemente ereditario.

Non è ancora accertato se un dolore violento che compare e scompare innprovvisamente possa considerarsi come un equivalente epilettico.

DRAGOTTI.

GINECOLOGIA.

L'infantilismo dei genitali muliebri.

(OLGA RESNSVIC-SIGNORELLI. *La Clinica ostetr.*, 15 nov. 1914).

Seguendo i criteri svolti da Sante De Sanctis e da Ettore Levi l'A. intende per infantilismo la persistenza di qualsiasi condizione fisica o mentale, che appartenga normalmente ad una età anteriore a quella dell'individuo considerato. Si tratta dunque di un *anacronismo morfologico*. Pende lo ha definito *ipo-evolutismo*.

Queste nozioni, però, hanno il torto di rispecchiare solo il lato statico, morfologico dell'infantilismo e di trascurare quello dinamico, funzionale. L'A. reputa pertanto più consona al nosografismo clinico una definizione che sia più comprensiva.

Ella intende per infantilismo un'anomalia costituzionale caratterizzata dalla persistenza di caratteri infantili o giovanili nonchè dalla debolezza fisiologica e, conseguentemente, dalla suscettibilità morbosa degli organi colpiti. Alcuni autori hanno messo in rilievo specialmente l'anomalia anatomica, dalla quale deriva il nome di *stato ipoplastico* (Bartel); altri l'anatomia funzionale, onde il nome di *stato astenico o astenia universale* (Stiller).

Ma tutti nettamente riconoscono come nella costituzione infantile o infantilismo l'inferiorità anatomica comporti quella fisiologica e questa sia sostenuta da quella.

L'A. si ferma su due forme d'infantilismo.

Una di esse corrisponde, nelle linee generali, allo stato morboso descritto da Brissaud e da Meige come infantilismo *mixedematoso* o *precoce*. La disarmonia è data dalla prevalenza del torace e del capo sugli arti e dalla rotondità del corpo propria dell'infanzia. La cute è pallida, il pannicolo adiposo bene sviluppato.

Si riscontra ipertrofia degli organi del sistema linfatico. Le ricerche fatte da Bartel a Vienna e dalla sua scuola hanno dimostrato che esiste pure l'arresto di sviluppo ed una serie di altre anomalie congenite. La statura del corpo si differenzia in meno dalla media nel 44 % dei casi. È notevole la piccolezza del cuore, l'ipertrofia del cervello, l'atresia e formazione di diverticoli nell'apparato digerente, ecc. Sono spiccati i caratteri del linfatismo.

Secondo Bartel quasi la metà degli individui alle autopsie mostrano note linfatiche ed il sesso maschile vi è più rappresentato di quello femminile.

L'altra forma di infantilismo è quella studiata dallo Stiller. Corrisponde nelle linee generali all'*infantilismo tardivo* di Lorain. È più frequente nel sesso femminile e riproduce il tipo adolescente, caratterizzato dalla snellezza, da che deriva anche il nome di gracilità (chétivisme), come lo hanno definito Meige e Bauer.

Lo sviluppo è abbastanza armonico; il collo è lungo e sottile, chino in avanti. Le scapole sono alate e le clavicole prominenti. Il torace è appiattito dall'avanti all'indietro. La cute è generalmente pallida e flaccida e tende a pigmentarsi là ove si producono attriti ripetuti con gli abiti. Le mani ed i piedi sono freddi e umidi, alle volte azzurrastri.

La posizione abituale è di abbandono, di rilassatezza, di languore.

Stiller ha fatto uno studio diligente delle anomalie anatomiche presentate da tali individui.

Tra questi caratteri sono: la X costola fluttuante, la frequente persistenza della pervietà dell'uraco, l'ipoplasia dei vasi sanguigni (come l'aorta), la sottigliezza e la ritardata ossificazione delle ossa, l'enteroptosi.

Il ritardo nell'ossificazione e nella saldatura delle ossa spiega perchè la statura possa superare il normale, fino al gigantismo (gigantismo infantile di Hertoghe).

Una manifestazione particolarmente importante è l'enteroptosi, la cui etiologia deve ascriversi alla conformazione anormale del torace (torace paralitico, X costola fluttuante) e della spina dorsale (curve esagerate ed infantili) e all'astenia di tutto lo *stratum fibrorum*.

Nell'infantilismo assumono speciale importanza, anche per la ripercussione sulla vita sessuale, i sintomi astenici nella sfera nervosa e psichica: la neurastenia e la psicastenia.

In rapporto con la instabilità del sistema di relazione, i quadri clinici sono caratterizzati da periodi alterni di benessere e di gravi malattie; a queste ultime per altro il medico non sa riconoscere nessuna alterazione organica, poichè cause minime provocano delle reazioni intense.

Le pazienti vanno specialmente soggette a disturbi gastro-intestinali e genitali, che frequentemente si associano.

Tutto ciò non toglie che possano stabilirsi delle vere malattie organiche; ma queste si annunziano molto prima che il medico riesca ad accertarle, e spesso vengono mimetizzate.

L'intelligenza non è per solito indebolita, anzi è spesso desta: l'infantilismo psichico si mantiene indipendente da quello somatico.

In tutte le forme d'infantilismo sono caratteristiche le anomalie involutive degli organi genitali muliebri.

Sono state differenziate due forme di *ovaia infantili*: una lunga e sottile, l'altra grande. La consistenza è aumentata in tutt'e due e la superficie è liscia, come si osserva sino all'epoca della pubertà, cioè prima che cominci la maturazione dei follicoli.

L'*infantilismo dell'utero* interessa o per la grandezza o per la forma. Nel primo caso l'organo è piccolo ma conserva la forma e le proporzioni dell'utero normale. Nel secondo caso il collo è lungo e supera la lunghezza del corpo. Tale anomalia è più rara.

L'*aspetto infantile dei genitali esterni* è caratterizzato principalmente dalla piccolezza. Spesso il *mons veneris* è poco sviluppato e povero di peli; le grandi labbra sono flaccide, povere di grasso, talvolta quasi mancanti; il perineo è molto breve.

I *seni* sono piccoli, flaccidi e impiantati più vicino uno all'altro di quel che si riscontra normalmente.

Esiste una speciale vulnerabilità e quindi una suscettibilità maggiore degli organi genitali alle malattie.

L'aborto è frequente. La sterilità fu riscontrata nel 54.45 % dei casi.

I disturbi mestruali sono stati osservati nel 64.5 % dei casi con ipoplasia genitale e nel 35.5 % dei casi con stato ipoplastico generale. La dismenorrea è molto frequente.

La *cura profilattica* dovrebbe essere diretta a rafforzare l'organismo durante l'età dello sviluppo per mezzo di un'alimentazione sana, della vita all'aria libera, dell'attività fisica; su questa ha molto insistito Stiller. Una sana educazione sessuale farebbe evitare i traviamenti, che pos-

sono esercitare influenza dannosa sui processi biologici generali dell'organismo.

Quanto al *trattamento curativo* Albrecht mette in guardia contro le cure locali, in specie operative, che spesso sono incapaci di dare qualche sollievo.

Nella forma più nettamente infantile o precoce si è dimostrata di qualche utilità la terapia tiroidea; nella forma giovanile o tardiva si è sperimentata la terapia opoterapica multipla.

Contro i disturbi mestruali può giovare la dilatazione del collo uterino, ottenuta con mezzi temporanei. Forse perchè determina lo stesso risultato si dimostra spesso benefica la gravidanza, che per altro è spesso ostacolata dall'ipoplasia e non sembra da incoraggiare, in quanto che è accompagnata facilmente da anomalie e in quanto che la prole delle infantili è spesso debole.

Stiller ha rilevato l'utilità dell'educazione fisica, la quale è atta a rinvigorire l'organismo anche a scopo curativo.

A. S.

MEDICINA DI GUERRA.

Servizi radiologici al campo.

(Prof. F. PERUSSIA. *Radiologia medica*, gennaio 1915).

L'A., riconosciuta l'utilità e praticità dell'apparecchio radiografico da campo someggiabile, tipo Ferrero di Cavallerleone, in uso presso le formazioni sanitarie da campagna del nostro Esercito, ed elogiato anche l'apparecchio trasportabile del Magini, osserva che simili strumenti hanno necessariamente una potenzialità limitata e se ben rispondono alle esigenze di mobilità, indipendenza e portatilità occorrenti nelle zone avanzate, non possono soddisfare completamente a tutte le necessità della radiografia e della radioscopia, sia per la esigua potenzialità del generatore di corrente, che non consente se non pose lunghe, sia per la mancanza di molti accessorî indispensabili per la tecnica röntgenologica perfezionata.

A fianco quindi degli apparecchi someggiabili attualmente in uso, che rimarrebbero pei reparti sanitarî più avanzati, più incostanti di sede, o situati in località inaccessibili agli automobili, l'A. caldeggia l'adozione di unità radiologiche trasportabili, con strumentario completo, montate su automobili.

Tali automobili con impianti radiologici sono già in uso presso altri eserciti e prestano utilissimi servizî.

L'automobile radiologico dovrebbe, secondo l'A., esser montato su una *chassis* da 18-30 HP., con carrozzeria capace divisa in due ambienti, uno più piccolo destinato alla camera oscura, l'altro al laboratorio, ampliato quest'ultimo da una tenda nera, adattabile all'apertura posteriore della carrozzeria, in continuazione del tetto e delle porte posteriori spalancate.

Il motore stesso dell'automobile, previo disinnesto, azionerebbe la dinamo per l'induttore e per l'illuminazione dei locali. Il generatore di corrente ad alta tensione dovrebbe essere del tipo dei trasformatori senza interruttore, con raddrizzatore a contatto ruotante, tale da fornir correnti di pochi milliampères, come pure correnti di forte intensità per la radiologia istantanea.

L'automobile dovrebbe portare una discreta dotazione di tubi Röntgen ed un apposito cassone sul tetto per la riserva dell'acqua, che non sempre è facile trovare buona sul posto.

Il laboratorio dovrebbe contenere un lettino, con un limitatore compressore, capace di servire anche di trocospocio, ed adattabile pure ad apparecchio per le radioscopie in posizione verticale.

Pel servizio basterebbero un medico radiologo, un assistente fotografo ed uno *chauffeur* meccanico.

Secondo il concetto dell'A. l'automobile radiologico dovrebbe far servizio solo presso gli ospedali da campo immobilizzati, o presso quelli di tappa, dovunque si debbano eseguire atti operativi di una certa importanza, e, spostandosi rapidamente dall'uno all'altro, potrebbe utilmente disimpegnare il servizio radiologico presso le varie unità sanitarie scaglionate in una certa zona (1).

Cap. G. MENDES.

(1) Pur riconoscendo l'utilità, in certi casi, di disporre in guerra di apparecchi radiologici perfetti, quale sarebbe senza dubbio quello ideato dal prof. Perussia, mi permetto di osservare che la chirurgia interventiva deve essere così limitata in campagna, che in generale nelle formazioni sanitarie di prima ed anche di seconda linea, salvo in rari casi urgentissimi, si richiede al criterio radiologico un compito limitato.

Si tratta per lo più di avere un lume maggiore per la diagnosi delle lesioni, sopratutto per decidere della trasportabilità o meno dei feriti e per l'applicazione degli apparecchi che valgano a render tale trasporto meno dannoso; e per questo ufficio risponde ottimamente l'apparecchio someggiabile Ferrero di Cavallerleone, attualmente in uso.

La maggior parte degli autori ritiene che gli interventi di importanza (estrazioni di proiettili, ecc.) debbano esser fatti soltanto negli ospedali di riserva, ai quali con i mezzi di sgombero che possediamo (treni ospedale, ecc.) è facile far pervenire agevolmente i feriti e presso queste grandi formazioni sanitarie non mancano certamente gli impianti radiologici completi e tali da rispondere ad ogni esigenza. — G. M.

LEZIONI.

Etiologia e profilassi del colera.

(R. PALTAUF. *Klin. therap. Woch.*, 7 dicembre 1914).

Il colera non si può diagnosticare sempre dal punto di vista clinico perchè non si presenta nella forma caratteristica, ma può manifestarsi come una forma di modica diarrea che non disturba lo stato generale dei pazienti.

Ci sono poi individui sani che possono essere portatori di bacilli. Quindi la diagnosi sicura del colera si può fare in base ad esami batteriologici, per i quali però oggi bastano appena 24 ore.

La sintomatologia del colera è determinata da tossine che sviluppa il vibrione nell'intestino, ma non esiste una vera setticemia; la resistenza dell'epitelio intestinale a questa azione tossica è variabile da caso a caso, ciò che spiega il diverso aspetto clinico suddescritto. Siccome nei casi gravi esistono lesioni epiteliali, è probabile che l'assorbimento delle tossine abbia qui una importanza notevole nel meccanismo di produzione della forma grave. Quello che si può con sicurezza affermare è che la resistenza del vibrione colerico è molto debole; bastano le condizioni normali dell'acidità gastrica per distruggerlo: la malattia consiste essenzialmente in un'intossicazione. Il vibrione non resiste al disseccamento, quindi la diffusione della malattia non è possibile per mezzo di oggetti asciutti o dell'aria.

Negli animali è possibile provocare la penetrazione del vibrione nel circolo sanguigno, ma solo nello stato agonico: fondamentalmente anche qui si tratta di una tossiemia. Per l'uomo la sorgente principale d'infezione è costituita dalle deiezioni: i disinfettanti abituali, quali il lisolo riescono però a distruggere l'azione dei vibrioni colerici.

Non staremo ora a seguire la discussione che si verificò all'epoca di Virchow, se il colera cioè fosse una malattia contagiosa o miasmatica, nè ad analizzare le condizioni che permettono in certe località una rapida diffusione del contagio ed in altre invece quasi un'immunità.

Una delle scoperte più importanti sull'etiologia del colera è quella dei portatori, dell'esistenza cioè di individui che possono presentare nel loro intestino vibrioni virulenti senza risentirne alcun danno.

Una prova che la profilassi del colera è basata su semplici regole igieniche è data dal fatto che medici ed infermieri più difficilmente ammalano: il grande sviluppo dell'epidemia, specialmente all'inizio tra le lavandaie sta a dimostrare la grande importanza che hanno le feci nella sua diffusione. Le acque inquinate hanno anche una grande importanza per la diffusione della malattia: la storia delle varie epidemie lo dimostra chiaramente. Basta citare a questo proposito il caso dell'epidemia di Amburgo nel 1892, in cui si aveva una mortalità del 14-18 % mentre in Altona si ebbero pochi casi di individui, che, benchè abitassero ad Altona, vivevano durante il giorno ad Amburgo: ciò è in rapporto col fatto che le due città hanno diverse sorgenti d'acqua. Per la diffusione sporadica a piccoli gruppi ha importanza il tenere esposti i cibi alle mosche o la mancanza delle regole più elementari dell'igiene e della nettezza. Delle sostanze alimentari sono gli erbaggi quelle che specialmente contribuiscono alla diffusione della malattia, perchè vengono inaffiati con acqua inquinata.

Il vibrione colerico non solo nell'acqua resiste, ma in condizioni opportune di temperatura è capace di moltiplicarsi; quindi si comprende come in alcuni casi la diffusione della malattia possa avvenire lungo il decorso dei fiumi come lo dimostra la storia delle ultime epidemie.

I costumi e le abitudini dei varî popoli hanno importanza nella diffusione del morbo e così la preferenza di cibi freddi a quei caldi, la mancanza di regole igieniche alimentari, i lavori per lo scarico delle latrine.

La mortalità nelle singole epidemie è stata variabile: nelle città provviste di buona acqua al sicuro dagl'inquinamenti non può verificarsi una epidemia molto estesa. La regola profilattica più importante consiste nel riconoscere i primi casi della malattia, nell'isolamento accurato, nell'esame delle feci delle persone in rapporto coi colpiti. Nel pericolo d'infezione colerica è opportuno non nutrirsi di cibi crudi, specialmente frutta.

Per quel che si riferisce alla sieroterapia non si può dire nulla di sicuro per la immunizzazione passiva. Haffkins ha invece con successo esperimentato un'immunizzazione attiva per mezzo di colture vive attenuate con diversi procedimenti. Pfeiffer e Kolle hanno dimostrato lo scarso potere agglutinante del siero d'individui che hanno sopravissuto all'infezione colerica rispetto a quello dei convalescenti di tifo: ciò si spiega appunto col fatto che in questo caso si tratta prevalentemente di una setticemia, nell'altro di una tossiemia. Il potere agglutinante degl'individui vaccinati è però maggiore che in quelli non vaccinati. Statistiche veramente confortanti sull'efficacia della vaccinazione contro il

colera sono state pubblicate recentemente dal greco Savas.

Nelle truppe in guerra, dove le regole igieniche elementari non possono praticarsi, è opportuno tentarla, nelle città invece dove l'igiene è mantenuta è superfluo. P. A.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche.

(Sedute del 21 dicembre 1914 e 4 gennaio 1915).

BEDUSCHI V. *Un caso d'alexia per lesione dell'emisfero destro in soggetto mandritto.*

PERUSSIA F. *Studio radiologico nella necrosi fosforica dei mascellari.* — Dall'osservazione di numerosi casi di necrosi fosforica dei mascellari e dallo studio dei radiogrammi ad essi relativi, l'A. trae argomento per svolgere qualche interessante considerazione. Il quadro radiologico della necrosi fosforica dei mascellari non è per nulla caratteristico ma è identico a quello d'un comune processo di osteomielite cronica di tali ossa: tuttavia l'indagine radiografica è spesso in grado di fornire elementi atti a differenziare una forma di necrosi fosforica incipiente da un processo di osteomielite di origine diversa, ad esempio dentale, che è l'origine più frequente delle comuni osteomieliti dei mascellari: infatti il reperto radiografico negativo per qualsiasi alterazione dentaria, capace di spiegare la patogenesi dell'osteomielite, riveste un'importanza pratica notevole, avvalorando il sospetto che l'alterazione ossea abbia la sua causa nell'intossicazione fosforica e giustificando quindi tutte quelle norme profilattiche e terapeutiche atte ad allontanare al più presto dal paziente il probabile fattore causale.

È poi evidente l'alta importanza pratica dell'indagine radiografica nel determinare con esattezza la sede e l'estensione del processo, nel seguirne minutamente il decorso, nell'avvistare i fenomeni di riparazione, di guarigione, ecc.

Il problema ancora insoluto della patogenesi nella necrosi fosforica trova nello studio radiologico qualche luce. Tre sono le teorie principali: quella che attribuisce alla carie dentaria il momento patogenetico costante ed esclusivo della necrosi, quella che ammette invece una azione primitiva del fosforo sulla mucosa gengivale e sul periostio e quella infine che suppone un'azione elettiva del fosforo, nell'organismo degli intossicati, sul tessuto osseo in generale e sui mascellari in particolare.

L'esame dei radiogrammi dell'A. non dà elementi in appoggio alla prima teoria; infatti in alcuni pazienti le radiografie dimostrano l'integrità assoluta della dentatura anche là dove ad essa corrispondono alterazioni gravi ed estese del mascellare: dà pure elementi decisamente contrari alla seconda teoria, perchè dimostra che la periostite non è una delle prime manifestazioni della necrosi ossea ma appare quale fatto secondario o reattivo ad alterazioni precedenti della sostanza midollare ed ancor più della corticale della mandibola.

L'esame radiografico sta piuttosto in favore della terza teoria: infatti l'attenta osservazione delle radiografie eseguite nei primi stadi dell'affezione ossea dimostra come fatto costante che la regione della mandibola, in cui appaiono solitamente le prime alterazioni di struttura, riferibili ad incipiente necrosi, è proprio la zona intermedia, quella che si trova meno esposta ad influenze agenti direttamente dall'esterno, mentre è nello stesso tempo la più abbondantemente irrorata dal sangue.

AGOSTA A. *Sopra un caso di tumore del corpo calloso.*

RAGGI N. *Un caso di afasia motoria per lesione dell'emisfero destro di soggetto mandritto.*

C. VALLARDI. *Studi sul ricambio nell'avvelenamento cronico da fosforo.* — Il P. somministrato per via inalatoria per settimane e mesi ai cani determina delle modificazioni notevoli del ricambio materiale.

Se l'intossicazione è lieve e gli animali non dimostrano sofferenze si assiste ad una leggerissima diminuzione della quantità dell'azoto totale eliminato con le urine e dell'urea.

Se invece il grado di intossicazione cronica è più avanzato e gli animali soffrono e perdono di peso, si assiste ad una maggior eliminazione dell'azoto totale urinario, dell'acido urico e ad una minor eliminazione dell'urea. Negli animali intossicati si nota pure una maggior perdita di azoto per le feci.

L'A. interpreta la genesi dei fatti osservati.

Secondo l'A. l'azione del P. nei riguardi del ricambio materiale è simile a quella del Pb.: tanto per il P. come per il Pb. il grado di intossicazione produce una diversità nel modo di comportarsi dell'azoto. Ad intossicazione lieve corrisponderebbe un'eliminazione pressochè normale o solo leggermente diminuita dell'azoto, ad una intossicazione grave invece una esagerata distruzione di tessuti e per conseguenza una maggior eliminazione dell'azoto urinario.

D. CESA-BIANCHI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Immunità dei piccoli lattanti verso il morbillo

per il dott. Marino Andreotti.

Nell'anno decorso ebbi ad osservare nel comune di Bientina un'estesa epidemia di morbillo (oltre 150 casi) e non mi sembra fuori di luogo riferirne qualcuno dei più importanti per chiarire un punto ancora controverso della patologia di quest'infezione, voglio dire della immunità dei piccoli lattanti.

Non ho la pretesa di dire gran che di nuovo nè di fare osservazioni originali, ma ogni nuovo caso può essere utile quando è studiato coscienziosamente e scrupolosamente riferito.

I trattati moderni (Charcot e Bouchard, Eichhorst, Dieulafoy, ecc.) dicono che l'infezione colpisce tutti i bambini senza distinzione di età, pur riconoscendo nei lattanti ai primi sei mesi di vita una minor predisposizione.

Però Eichhorst soggiunge « non mancano esempi di bambini che furono attaccati dal male pochi giorni dopo la nascita o che vennero al mondo già affetti dall'infezione morbillosa ».

Sfogliando la letteratura più recente si trova che tutti gli AA. hanno controllato la rarità dell'infezione nei primi mesi di vita, ma pochi hanno parlato di immunità assoluta.

Così il Aly Belfoldel (*Gazz. Ospedali,* 1899, numero 139) ed il Baginsky dicono che « la primissima età sembra aver minor predisposizione ».

Lo Steffens (*Gazz. Ospedali,* 1899, n. 47) sopra 322 morbillosi osservò solo il 5 % nei lattanti, non solo, ma dalle osservazioni fatte sopra 41 lattanti potè concludere che nessuno era rimasto contagiato prima dei 5 mesi di età.

Il Cioffi (*Gazz. Ospedali,* 1900, n. 33) riferisce di una epidemia di oltre 600 casi: egli osservò 72 lattanti appartenenti a famiglie colpite dall'infezione: di questi, 50 con età superiore ai 5 mesi e 22 inferiore ai 6 mesi: dei primi 50, 2 soli rimasero immuni e 48 colpiti, degli altri 22 con età inferiore ai 5 mesi, hanno contratto la malattia solamente 5 ed in grado lievissimo, 17 sono rimasti immuni.

Nella statistica riportata dal dott. Sensi sopra 80 casi di morbillo ve n'è uno solo al disotto di un anno, ma non dice a quanti mesi di età (*Rivista Medica,* maggio 1913). Il Rosi nella stessa Rivista (marzo 1913), mentre asserisce che « nessuna età è risparmiata », riferisce il caso di un suo bambino di un anno che volle sempre dormire con un suo fratello maggiore colpito da morbillo senza esserne contagiato. Nella stessa Rivista (nov. 1914) il Sardi dice che sopra 317 ammalati osservò l'infezione solamente in 22 lattanti al disotto di un anno, cioè il 7 %, ma non dice l'età precisa di essi.

L'epidemia che infierì a Bientina e paesi limitrofi nel 1912-13 fu di mediocre gravità e con poche caratteristiche speciali: si diffuse rapidamente, sempre con decorso assai benigno, con una mortalità minima e senza postumi gravi e durevoli. Fu sempre presente il sintoma di Koplik, che io chiamerei patognomonico dell'infezione.

Sopra 150 casi ne osservai 14 in bambini lattanti, ma tutti con età superiore ai 6 mesi di vita, *neppure uno al disotto dei 5 mesi.* A questo proposito piacemi riferirne tre soli casi che mi sembrano di qualche interesse:

1° In una casa colonica (A...) vi erano diversi bambini affetti da morbillo e la madre, perchè i bambini stessero caldi, era pur'essa costretta a stare a letto in mezzo a loro, come una chioccia in mezzo ai pulcini: fra questi vi era un bambino di 4 mesi, che rimase illeso nonostante che stesse per molti giorni a diretto contatto coi fratellini infetti.

2° Un altro caso interessante osservai in altra casa colonica (Z...): si ammalò di morbillo una bambina di 7 anni, e subito dopo una sposa (Z... M...) di 22 anni, che allattava una sua bambina di 2 mesi. Il morbillo ebbe nella madre un decorso assai grave, con temperature alte per 5 o 6 giorni, ma la bambina rimase immune nonostante che fosse stata sempre nel letto colla madre e continuasse ad essere allattata dalla stessa.

3° In un'altra famiglia (C...) vi erano tre bambini, uno di 10 anni, uno di 3 anni e l'ultimo di 2 mesi. Si ammalò di morbillo il maggiore di essi e la madre, per salvare il piccolo, voleva darlo in custodia ad una sua parente, facendolo nutrire con latte di mucca. Assicurai la madre che il suo piccolo non correva alcun pericolo di contagio, anche se l'avesse tenuto nello stesso letto del fratellino ammalato. Infatti ammalò di morbillo l'altro figlio di 3 anni, ma rimase sempre immune il lattante.

Come spiegare tale immunità? Nel *Trattato* di Charcot e Bouchard (vol. II, pag. 23) è scritto che tale immunità relativa della prima età si spiega « colla rarità dei contatti con altri bambini »; ma i miei casi dimostrano la insussistenza di tale spiegazione.

Ehrlich, Schmid, Blumental per la difterite hanno dimostrato che tale immunità dipende da sostanze protettive che dal sangue circolante passano nella secrezione mammaria e forse (dice

Cioffi), tale immunità potrebbe essere analogamente spiegata per il morbillo, ma nel mio secondo caso la madre avrebbe dovuto trasmettere non l'immunità, ma la infezione stessa al piccolo figlio.

Parmi più logico ritenere che tali sostanze protettive esistano nel sangue del neonato. Sarebbe interessante vedere se l'infezione colpisca o meno i lattanti nutriti artificialmente: io non ho esperienza in proposito, ma se anche questi fossero immuni, la mia ipotesi avrebbe maggior fondamento.

È certo dunque che i lattanti al disotto dei 5 mesi sono immuni dal morbillo e tale immunità è probabilmente congenita, non conferita dal latte materno.

Bientina, 10 gennaio 1915.

CASISTICA.

I grossi tumori sifilitici del fegato.

Il Lejars in una lezione clinica tenuta nell'Ospedale di Saint-Antoine di Parigi si occupa del grosso fegato sifilitico dal punto di vista chirurgico e dei tanti errori diagnostici a cui esso può dar luogo.

Il primo errore diagnostico dell'A. risale a 22 anni fa; e l'ammalata vive ancora in buonissime condizioni di salute. Aveva allora 30 anni: itterica, andava deperendo; da sei mesi accusava dolori intensi, che si ripetevano con crisi, nella regione epatica. Queste crisi si accompagnavano con brusche accensioni della temperatura fino a 39°. Negli ultimi tempi la febbre era diventata quotidiana serotina. Sotto il bordo anteriore del fegato, nella regione della vescica biliare, si osservava all'ispezione e meglio si palpava attraverso la parete assottigliata una tumescenza rotonda e grossa come un'arancia, dura, dolorosa alla palpazione. L'A. credette si trattasse di colecistite calcolosa ed intervenne. Vi si osservava un grosso tumore biancastro del bordo anteriore e della faccia convessa del fegato, al di sotto del quale la cisti biliare si presentava in condizioni normali. Tutto faceva credere che si trattasse di un tumore maligno: e perciò il Lejars chiuse il ventre e fece prognosi infausta. In seguito però lo stato generale e locale migliorò gradatamente, e con una cura specifica si ebbe la guarigione. Alcuni anni dopo, la stessa inferma ebbe altre manifestazioni gommose a carico delle ossa.

Questo primo errore diagnostico ha messo in guardia l'A. contro la somiglianza con altri mali che può presentare la sifilide epatica. Non si occupa delle forme mediche della sifilide epatica: per es. il fegato grosso regolare associato a splenomegalia, la cirrosi sifilitica con ittero, la sifilide epatica con ascite, il grosso fegato *ficelé* tipico.

Son differenti le condizioni in casi di sifilide che si manifestano con tumori localizzati e circoscritti: essi simulano spesso il cancro del fegato, la cisti idatide, la colecistite e i tumori della cistifellea, i tumori renali. La confusione è quasi inevitabile se non si pensa sempre e sistematicamente alla sifilide, e non si utilizzano i mezzi diagnostici che oggi possediamo.

Nel 1901 König insisteva su queste forme dubbie e sulla parte che si deve assegnare alla sifilide epatica nella diagnosi di tumori addominali. Egli nota che questi tumori gommosi o sclerogommosi del fegato possono essere inclusi nel parenchima ed essere più o meno sporgenti alla superficie, oppure peduncolati mobili ed apparentemente indipendenti dal fegato. L'esperimento della cura specifica è indicato e può far cadere ogni dubbio; ma in certe condizioni la cura è inefficace. In questi casi naturalmente si hanno le difficoltà maggiori, che giustificano e rendono necessario l'intervento esplorativo.

Oggi noi abbiamo un'altra risorsa diagnostica: la reazione di Wassermann. Bisogna riconoscere però che la reazione può essere negativa, benchè la sifilide esista veramente; inoltre la sifilide può combinarsi col cancro, con la litiasi, ecc.

In certi casi la diagnosi rimane dubbia anche con l'ispezione laparatomica. Certe gomme isolate del fegato possono simulare le cisti idatidee. Una giovane di 25 anni presentava all'ipocondrio sinistro una tumefazione rotonda, debordante dalla falsa costa di 3-4 dita trasverse, mobile con gli atti respiratori, che dava l'impressione di una cisti idatide. Il rimanente del fegato non era aumentato di volume, non v'era tumore di milza, e l'esame radioscopico sembrava confermasse quella diagnosi. Di più, due mesi prima, si era manifestata un'eruzione d'orticaria. La reazione di Wassermann era negativa. Aperto il ventre, il lobo sinistro del fegato si presentava uniformemente duro, violaceo, cosparso di noduli giallastri: questo lobo, ipertrofizzato ed indurito in massa, formava il tumore.

Si trattava di tubercolosi, di sarcoma nodulare, di sifilide gommosa? La diagnosi rimaneva dubbia, ma la cura specifica dimostrò ulteriormente che si trattava proprio di sifilide epatica.

Un'altra giovane donna presentava un grosso tumore del fianco destro, che discendeva fino alla fossa iliaca, ed in alto si continuava col lobo destro del fegato, rotondo teso mobile con i moti respiratori. Fu creduto trattarsi di rene ptosico e si intervenne dalla loggia lombare. La siero-reazione per la cisti da echinococco fu negativa,

per la sifilide fu positiva. Si trattava invece di sifilide epatica localizzata, come fu confermato dal risultato della cura specifica.

Questa confusione con un tumore o con una ptosi renale sembra strana, ma è avvenuta parecchie volte. Il König in una donna di 23 anni, sofferente allo stomaco ed al rene destro da lungo tempo, osservò un tumore dell'ipocondrio e del fianco destro, mobile dall'avanti all'indietro. Fece diagnosi di tumore renale: ma ad un primo intervento risultò che il rene occupava la sua loggia normale. Praticata la laparatomia, un tumore grosso come due pugni fuorusciva dal lobo epatico destro, peduncolato, irregolare e disseminato di noduli rotondi e duri, di varia grandezza. Per le sue aderenze con lo stomaco, si fece diagnosi di carcinoma gastrico con metastasi al fegato. Ma con la cura specifica, ogni cosa scomparve.

Un'altra localizzazione dei grossi tumori sclero-gommosi del fegato può dar luogo ad errori diagnostici frequenti, cioè la localizzazione paravescicolare. In questi casi, per la sede e per la forma, il tumore può simulare una grossa vescichetta, e si confonde talora con una colecistite calcolosa o con un cancro della cistifellea. Oltre la somiglianza di forma, si osservano talvolta anche delle crisi dolorose e l'ittero.

Riedel aveva insistito su queste colecistiti sifilitiche, da distinguere dalle colecistiti calcolose e da quelle *sine concremento*.

Anche senza che la cistifellea o i canali biliari siano direttamente interessati, l'evoluzione di un tumore sclero-gommoso del parenchima, nelle loro vicinanze ed a loro contatto, può provocare dei veri accidenti biliari, che fanno aumentare le difficoltà diagnostiche. Lilienthal riferisce di un caso in cui, nel dubbio fra la colecistite suppurata e la gomma del fegato, intervenne e trovò una gomma suppurata del lobo destro. In questi casi la reazione di Wassermann può servire da pietra di paragone.

Una donna di 38 anni dall'età di 17 anni soffriva di coliche epatiche caratteristiche, che si ripetevano 2-3 volte all'anno. Queste coliche da due anni non comparivano più, ma un dolore sordo e continuo persisteva nella regione sottoepatica. All'esame si trovò un tumore sottoepatico ovoide, somigliante ad una grossa vescichetta a pareti spesse e indurite: il fegato era grosso e debordava di tre dita trasverse. Si fece diagnosi di calcolosi della cistifellea, con probabile degenerazione epiteliomatosa. All'intervento si constatò una massa sporgente sulla superficie del lobo destro, la quale sembrava di natura sicuramente neoplastica: la vescichetta e lo stomaco erano indenni. Il pronostico sembrò grave assai. Ma in seguito la malata andò migliorando nelle condizioni generali e potette ritornare alle sue occupazioni. Solamente dei dolori reumatoidi vaganti la facevano soffrire alquanto. Dopo qualche tempo una tumefazione della regione sterno-claveicolare sinistra fece pensare ad una gomma. La reazione di Wassermann fu positiva. Una cura specifica fu coronata da pieno successo.

In questi casi, la reazione di Wassermann eseguita sistematicamente ci darà l'unico mezzo per evitare il più spesso simili gravi errori. Bisognerà sempre ricordare che non si potrà concludere nulla da una reazione negativa. Si ricorrerà allora alla laparatomia esplorativa. Bisognerà pure ricordare le possibili combinazioni della sifilide epatica con la colecistite calcolosa o semplice, per trovarvi una nuova indicazione per lo intervento.

La sifilide del fegato può pure simulare un'ulcera gastrica o duodenale, oppure un neoplasma dello stomaco. Schrager riferisce la storia di un uomo di 35 anni che da 18 mesi soffriva di crisi dolorose epigastriche, che si manifestavano circa un'ora dopo i pasti, con nausea e vomito, e duravano un'ora o due. Queste crisi talora erano molto intense, per cui era necessario l'uso della morfina. Mai c'era stato ittero, ma soltanto una certa sensibilità epatica, e senza epatomegalia. L'infermo 14 anni prima aveva contratto la sifilide. Si era curato con preparati mercuriali, e da 3 anni aveva un figlio sano, senza stigmate ereditarie. Malgrado la sifilide pregressa, i fenomeni dolorosi erano così caratteristici che Schrager credette di concludere per un'ulcera gastrica o duodenale. Intervenne e riscontrò lo stomaco il duodeno e la cistifellea normali, mentre la superficie del lobo destro del fegato era disseminata da piccoli noduli grigio-biancastri.

La natura di questi noduli sembrava dubbia: all'esame istologico risultò trattarsi di gomme. Istituita la cura specifica, la guarigione fu rapida.

Il Lejars ritiene che sia indicato l'intervento operativo nei casi in cui, in base alla sintomatologia, sia da ritenere che la sifilide non sia sola in causa, ma con essa possa coesistere un neoplasma. E ciò anche quando la reazione di Wassermann sia stata positiva. Il trattamento specifico d'*emblée* non sarebbe il miglior sistema, perchè potrebbe non essere del tutto inoffensivo, e di più, siccome abitualmente la sua azione è tarda nella sifilide epatica di vecchia data e perciò esige una lunga aspettativa, questo ritardo potrebbe essere nocivo se i fenomeni sono dovuti a una qualche lesione operabile, combinata o no a sifilide.

Questo intervento non sarà sempre unicamente esplorativo, anche nei casi in cui la sola sifilide è in giuoco. Esso potrà servire a praticare certe escissioni parziali in casi di compressioni visce-

rali, piloriche o biliari per esempio; con esso si potrà provvedere a rotture di briglie e di aderenze. La periepatite è molto frequente in questi casi: le lacerazioni di aderenze possono essere molto utili per attenuare o fare sparire certi dolori e certi accidenti funzionali.

Si può preconizzare, almeno in determinate condizioni, l'ablazione dei tumori gommosi localizzati?

Queste ablazioni furono praticate parecchie volte nella storia di epatectomie per tumori, ma quasi sempre è avvenuto per un errore di diagnosi. Siccome i risultati di queste exeresi spesso erano stati fortunati, così si è pensato all'indicazione della resezione dei tumori sclero-gommosi. Ma questa sarebbe giustificata soltanto dopo l'insuccesso della cura specifica prolungata, quando le condizioni anatomiche assicurino all'atto operativo la maggior semplicità e benignità, e sopra tutto nei casi in cui la gomma inveterata provochi disturbi funzionali che non cedono al trattamento interno, e rendono necessario l'intervento per la loro persistenza.

L'evacuazione ed il raschiamento potrebbero essere indicati in casi di gomme aderenti rammollite e suppurate.

Bisogna sempre pensare alla sifilide epatica in presenza di grossi fegati e di grossi tumori periepatici, e ricorrere sempre ai mezzi diagnostici che attualmente possediamo; bisogna pensare ad essa quando il ventre è aperto e si trova un tumore alla superficie del fegato o una serie di tumori che fanno sospettare un tumore maligno o la tubercolosi.

Alla laparatomia dev'essere riservato un largo posto nei casi dubbi e che restano talvolta tali, malgrado l'uso di procedimenti moderni di diagnosi. In questi casi la laparatomia dev'essere esplorativa e limitarsi al prelevamento di una *biopsia*. Nei casi rimasti dubbi dopo gli esami clinici e le prove di laboratorio più complete, l'esame diretto diventa una risorsa preziosa, alla quale spesso si ha il torto di non ricorrere deliberatamente e senza ritardo.

P. SABELLA.

Sifilide e shok operatorio.

Prima di eseguire un atto operativo, i chirurgi verificano lo stato generale del paziente, ne esaminano le urine, ma di solito si occupano meno dell'esistenza eventuale della sifilide.

Un soggetto affetto da sifilide in atto è un candidato non sempre felice ad un intervento chirurgico. A prescindere da altre cause apparenti, sembra che lo choc operatorio possa risvegliare l'infezione sifiilitica sopita ed imprimere ad essa un decorso particolarmente allarmante.

Da questo punto di vista è interessante la storia di una giovane donna di 37 anni, nullipara, curata già più volte per sofferenze al basso ventre. Operata per una salpingite cronica, la ferita operatoria guariva rapidamente e l'inferma ritornava alle sue ordinarie occupazioni, quando si manifestò una violenta dispnea circa due mesi dopo l'operazione. Furono riscontrati segni di aortite acuta, con crisi anginose, e molto rapidamente segni di dilatazione del cuore.

Dopo qualche mese si aveva già uno stato di vera asistolia, ribelle ad ogni terapia, con dispnea grave, polso a 110°, dolori retrosternali con irradiazioni alle braccia ed al dorso, soffio diastolico sul cuore, pulsazione tumultuosa dei vasi del collo ,rumore di galoppo, edema polmonare delle basi, fegato grosso, urine scarse ed albuminose.

Prima dell'operazione, l'apparato cardio-vascolare clinicamente era sano. Nell'anamnesi, mai reumatismo articolare acuto, nè altre infezioni o malattie febbrili.

Benchè il marito negasse la sifilide, siccome la paziente aveva condotto vita libera prima del matrimonio, fu praticata la reazione di Wassermann, che risultò nettamente positiva.

Il riposo assoluto ,il regime idrico e poi latteo, l'applicazione del ghiaccio sulla regione cardiaca, la digitalina a piccole dosi (1/10 di milligrammo), la teobromina, la caffeina: con nessun mezzo si riuscì a riattivare la diuresi che si mantenne costantemente al disotto dei 500 gr. di urina, nè a risvegliare la contrattilità del miocardio.

Un tentativo di cura mercuriale aumentò leggermente la dispnea. Sopraggiunsero crisi di dispnea parossistica con cianosi e vomito, che si calmavano con iniezioni di un milligrammo di eroina e di olio canforato al 10 %. La morte si ebbe cinque giorni dopo, a circa cinque mesi dall'intervento chirurgico. La durata dell'aortite fu appena di 2 mesi.

In questo caso l'aortite non pare non potesse dipendere da altre cause oltre la sifilide: l'anamnesi e l'esame clinico lo escludevano. Il mercurio usato tardivamente non fu tollerato. Il miocardio disteso ed alterato bruscamente dal risveglio rapido dell'infezione sifilitica in seguito allo choc operatorio, non potette più reagire a nessuna terapia.

Una cura mercuriale più pronta avrebbe potuto riuscire efficace. Nei casi dubbî, è bene praticare precocemente la reazione di Wassermann. Se questa è positiva, una serie di iniezioni mercuriali metteranno il paziente in con-

dizioni da poter sopportare lo choc operatorio. E si eviterà in tal modo la complicazione dell'aortite iperacuta.

Altri accidenti di questo genere sono noti nella letteratura. Huchard ha visto sopraggiungere crisi d'angina di petto molto gravi in seguito ad un'operazione d'ernia, pare dovuta a coronarite sifilitica.

(FIESSINGER. *Journ. des Prat.*, 1914).

P. S.

Sifilide cardiaca.

La questione della sifilide cardiaca ha recentemente occupato molti clinici e soprattutto il Brooks che ha pubblicato un articolo riassuntivo sull'argomento sull'*Am. Journal of the med. Sciences*. Riferirò ora brevemente una nota del Callender pubblicata pure nella stessa rivista (nov. 1914). Si trattava di un individuo affetto da tubercolosi polmonare, in cui fu rilevata una infezione sifilitica nell'anamnesi, controllata da un reperto positivo della reazione del Wassermann.

Di sintomatologia cardiaca non presentò durante la vita che attacchi dispnoici notturni con reperto di edema polmonare: il polso irregolare e teso, un aumento dell'aia cardiaca con debordamento a destra. Toni cardiaci oscuri ma non soffi. Nel decorso ulteriore della malattia comparvero edemi degli arti inferiori, albuminuria, trombosi della vena succlavia di sinistra.

La morte avvenne coi fenomeni di embolia della polmonare. All'autopsia si riscontrarono organi da stasi: dilatazione di tutte le cavità cardiache, obliterazione parziale delle arterie coronarie dovuta a placche ateromatose in parte rammollite. Il miocardio era aumentato di volume, pallido ed edematoso con chiazze più chiare diffuse e più abbondanti nel setto interventricolare: perdita dell'endotelio in corrispondenza della punta in ambedue i ventricoli con trombo organizzato in parte. L'epicardio presentava macchie biancastre opache sollevate sul piano di esso. L'esame microscopico dimostrò un'atrofia generale delle cellule muscolari con deposito di pigmento bruno intorno ai nuclei con aumento del connettivo interstiziale, infiltrazione leucocitaria ed endoteliale. Molti vasi presentavano traccia di proliferazione sotto all'endotelio, alcuni obliterazione completa. Quindi le alterazioni a carico del cuore sono quelle dovute ad una proliferazione del tipo dei granulomi. Dal punto di vista clinico è caratteristica l'aritmia accentuata ed i fenomeni di debolezza miocardica.

P. A.

TERAPIA.

La disinfezione del campo operativo e delle ferite.

All'uso della tintura di iodio per l'antisepsi cutanea e delle ferite sono stati mossi molti appunti.

Il più grave è quello che non di rado la tintura di iodio provoca un'irritazione cutanea più o meno intensa, fino ad ingenerare vere dermiti (negli individui deboli, scrofolosi, nelle regioni a cute delicata, nei bambini) e che lede i tessuti cruentati.

Si è tentato di ovviare in più modi a questo inconveniente: limitando l'uso del rimedio (basta passarne uno strato sottile ed una sola volta); diluendolo con alcool (la nostra farmacopea stabilisce una parte di iodio su 10 d'alcool; Réclus dà la preferenza al rapporto 1:15; Hesse giunge ad 1:100); togliendo l'eccesso di iodio (mediante un lavaggio all'iposolfito 5 %, al fenolo 3 % o meglio all'alcool) prima di operare; ecc.

Si è riconosciuto che l'azione irritante della tintura di iodio deve imputarsi precipuamente ad acido iodidrico, il quale si genera per azione dello iodio sull'alcool.

Questa trasformazione prosegue fino a che non siasi stabilito un certo equilibrio chimico, ma è sempre molto lenta: perciò Réclus ha proposto di usare la tintura di iodio fresca, in cui la trasformazione non sia molto progredita: la tintura di iodio, a quanto consiglia l'eminente chirurgo, non dovrebbe mai datare da più di 8 giorni.

Seguendo questo suggerimento, presso l'esercito francese è ora in voga la preparazione estemporanea dalla tintura di iodio; ma il metodo si dimostra incomodo.

Assai più pratico ci sembra il metodo proposto dal Gaglio, che consiste nell'aggiungere alla tintura di iodio l'1 % di acido iodico. Questo prodotto non si scioglie che in tracce nella tintura; d'altronde non irrita. Esso manifesta la preziosa proprietà di rigenerare l'iodio dall'acido iodidrico.

Erano stati proposti altri mezzi per ottenere una tintura di iodio inalterabile; ma nessuno raggiungeva lo scopo.

Il metodo Gaglio si presta anche per riconoscere la presenza dell'acido iodidrico nella tintura di iodio: basta diluire questa in un tubo da saggio con 4-5 parti d'acqua; l'iodio precipita in massima parte, mentre l'acido iodidrico resta disciolto; si filtra; al filtrato limpido si aggiunge qualche cristallo di acido iodico e si agi-

ta: se v'è acido iodidrico, si genera iodio, che precipita e intorbida il liquido. La reazione è semplice ed elegante.

Il metodo serve anche a rigenerare le vecchie tinture, cui basta aggiungere dell'acido iodico. Esso dunque possiede un valore economico.

Oltre a quello segnalato, molti svantaggi sono stati addebitati alla tintura di iodio; ma sono di poca entità o facilmente evitabili. Ad esempio, quando la chiusura del recipiente è poco ermetica, l'alcool evapora e si riducono insieme la percentuale d'alcool e quella di iodio (residua una soluzione acquosa di scarsa efficacia); quando si usa il sublimato dopo la tintura di iodio, si forma ioduro mercurico, irritantissimo; la tintura di iodio rende fragili tutti i tessuti e quindi meno valida la sintesi cutanea; danneggia alquanto gli strumenti; macchia la biancheria; non può usarsi per le mani dell'operatore; dà vapori molesti.

Questi non gravi inconvenienti hanno portato a compiere vari tentativi, diretti a sostituire la tintura di iodio; ma finora con scarsi risultati.

Accenneremo rapidamente ai principali.

Si è sostituito il solvente: Mouchet, Heussner, hanno usato la benzina comune, che però riceve al massimo l'1 % di iodio (1); Heussner vi ha aggiunto della paraffina, onde accrescere il potere fissatore della soluzione sui germi (2); il tenente medico Zanetti ha provato varî idrocarburi ed infine si è fermato al benzolo, che è in grado di sciogliere fino al 10 % circa di iodio; esso dà una soluzione a titolo costante, non determina reazioni cutanee, perchè non vi si formano quantità apprezzabili di acido iodidrico (se si sospetta che questo siasi formato, basta aggiungere acqua, agitare e decantare: l'acqua lo asporta); si deve anche notare che ha un costo modico. Unico inconveniente: penetra nella cute meno bene dell'alcool; quindi l'azione dell'iodio-benzolo resta ancora più superficiale di quella dovuta alla tintura di iodio.

Si è voluto sostituire lo iodio: ad esempio König, Hoffmann, Monzardo, ecc., hanno preconizzato il timolo (5 %) ottimo per le mani.

Ma nessuno di questi e di altri tentativi ha sortito ancora un largo consenso.

(1) In commercio sotto il nome di benzina si trova alle volte del benzolo; di solito però la benzina risulta di una serie d'idrocarburi della serie grassa e, come si è detto, non scioglie che l'1 % di odio.

(2) Si vuole che anche la tintura di iodio agisca coartando i tessuti e fissandovi i germi, così da impedire che questi si diffondano nelle ferite. L'azione battericida dello iodio è stata messa in dubbio dalle ricerche di Fritsch, Noguchi, Thomson, ecc.; ma riteniamo che la questione sia da riprendere.

Si è ricorso anche al solo solvente.

L'alcool determina una buona disinfezione, dimostrata sperimentalmente e clinicamente. Basti ricordare le ricerche di Hägler-Schäffer, Schumburg, Brunn ed Herff nella Sezione medica del Ministero della guerra prussiano: così, lavando la mano per 5' con alcool, si trova poi quasi interamente spoglia di germi. *In vitro* l'alcool è tanto più attivo quanto più è concentrato; ma sulla cute manifesta il massimo d'azione battericida tra 50 ed 80 gradi (Frey, Epstein, ecc.): se troppo concentrato, non la compenetra.

Per il campo operativo o per le mani conviene lavare prima per 10' con acqua e sapone e poi passarvi l'alcool più volte (poichè evapora subito e lascia una soluzione acquosa poco attiva). Può usarsi l'alcool denaturato (di 90° circa). In caso di necessità rispondono bene anche i liquori a forte grado alcoolico.

L'alcool è in grado di rendere preziosi servizi in specie per il trattamento profilattico delle ferite.

Sono stati utilizzati anche il benzolo (Pech), la benzina (Zatti) e così via.

Riteniamo che la maggiore fiducia debba ancora essere riservata alla tintura di iodio, in specie se fresca (Réclus) o resa inalterabile (Gaglio). Essa continuerà a rendere molti servigi. Gli altri mezzi hanno solo un valore sussidiario.

VERNEY.

Un punto essenziale nella pratica dell'anestesia locale.

Schwartz (*Paris médical*, agosto 1914) osserva che l'anestesia locale, malgrado l'ardore con cui il Reclus da più di 20 anni l'insegna e la pratica, non si è sufficientemente generalizzata per la facilità con cui si trascurano certe regole fondamentali, d'importanza capitale per la riuscita del metodo. L'A. richiama l'attenzione in modo particolare su d'una di queste regole. La formula di anestestico usata dal Reclus è la seguente:

Siero artificiale	cmc.	100
Novocaina	»	50
Adrenalina	gocce	25

Questi tre elementi devono essere sterilizzati separatamente, mai tutti insieme: bisogna sterilizzare da una parte una soluzione di novocaina all'1/200 in siero artificiale, e dall'altra in un'ampolla separata la quantità necessaria di adrenalina, e farne la miscela soltanto quando si deve adoperare.

L'A. si suol servire di un vaso di vetro sterilizzato contenente la soluzione di novocaina nel siero e l'ampolla di adrenalina. Nel momento di operare, fa da sè la miscela, e ne ottiene sempre un'anestesia assoluta.

L'A. stesso ha potuto osservare più volte, operando in pratica privata, che se i tre elementi sono stati sterilizzati dopo essere stati mischiati, si corre rischio di non ottenere neppure l'ombra dell'anestesia.

p. s.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(645) *Profilassi e cura delle rottura d'utero.* — Desidererei conoscere, in un prossimo numero del « Policlinico », Sez. Pratica, quale deve essere il contegno del medico in caso di *minaccia di rottura d'utero,* e quale il trattamento della *rottura dello stesso* una volta avvenuta.

Ringraziamenti anticipati.

Abbonato N. 4456.

L'argomento è vasto e per ben trattarlo occorrerebbe molto più di una semplice «risposta» nella « Posta degli abbonati ». Tuttavia, sfrondando tutto ciò che riescirebbe di dottrinale e di superfluo, crediamo poter suggerire il seguente contegno del medico in caso di *minaccia di rottura d'utero* o di *rottura già verificatasi.*

La grave evenienza della *minaccia di rottura d'utero* mette la vita della madre in così immediato pericolo che la vita fetale perde molto del suo valore. Pertanto la condotta dell'ostetrico in simili casi deve essere informata a questo concetto.

Appena si abbia solo il sospetto d'una minacciante rottura d'utero, la paziente non dev'esser più abbandonata. Calmare l'agitazione della paziente con iniezione di morfina, raddrizzare l'utero, se pendulo, cercando di far impegnare la testa e sostenendolo con opportuna fasciatura: far tenere la posizione di Walcher e praticare una prudente spremitura sull'utero. Rialzare il margine della bocca uterina eventualmente incarcerato.

Se tutto ciò non conduce ad un rapido progresso del parto, allora conviene affrettare per ottenere un *parto immediato, magari* con cranioclastia nelle presentazioni di vertice o embriotomia (uncino decollatore) nelle presentazioni di spalla. Si diffidi molto della versione nelle presentazioni trasversali, anche sotto narcosi cloroformica.

A *rottura avvenuta* poi, si cerchi di allontanare subito il feto. Nelle pres. di vertice, a testa fissa o facilmente fissabile dall'alto, cranioclastia, rapida estrazione del feto e degli annessi fetali con lieve trazione sul funicolo. Quando il feto sia in parte sfuggito, attraverso la breccia, nella cavità addominale, ma si raggiunge un piede — come spesso si verifica nelle presentazioni trasversali — fare l'estrazione manuale del feto e poi degli annessi come sopra. Il *trattamento successivo* migliore è l'aspettante: drenaggio associato a leggiero zaffamento a destra e a sinistra del drenaggio, con garza iodoformica, a scopo di emostasi provvisoria; fasciatura addominale compressiva; perdurando però l'emorragia, preparare per una laparatomia.

Se il feto sia tutto sfuggito nella cavità addominale non v'è che la laparotomia con la quale si estraggono feto ed annessi fetali, si pratica sutura della lacerazione e zaffamento alla Mikulicz — eventualmente anche un'operazione di Porro. Non è il caso di parlare di isterectomia vaginale.

Circa la laparotomia, se il trasporto della paziente in una Clinica o in un Ospedale non presenti soverchie difficoltà, sarà necessario ricorrervi: ma se invece occorresse lungo o difficile tragitto è meglio rinunziarvi e, coll'aiuto di un collega esperto, praticare la laparotomia nella casa privata.

La rottura dell'utero in gravidanza non può aver altra cura che la laparotomia.

U. ROLANDI.

(646) Vi sarei grato se nella rubrica « Posta degli abbonati » vorreste indicarmi una pomata, o lozione, o tintura od altro preparato, che potesse ridonare ai capelli grigi il loro colorito primitivo (nero) senza recare all'organismo i danni derivanti dall'eventuale assorbimento di sostanze velenose, di cui si compongono i rimedi che si trovano ordinariamente in commercio. Insomma desidererei conoscere un preparato innocuo che rispondesse allo scopo. Abb. 4062.

L'abbonato troverà nel capitolo « Cosmesi della pelle » della « *Terapia delle malattie della pelle* » di G. Jessner (Unione tipogr. editrice Torino, pag. 516 e seg.) ciò che gli occorre.

V. M.

(647) All'Abb. 806 di Nardò (Lecce). Preferiamo di non emettere giudizi su specialità farmaceutiche.

Nella rivista « I rimedi nuovi » pubblicata nel fascicolo scorso, a pag. 389, colonna sinistra, linea 25, deve dirsi: « in una forma rispettivamente più intensa e più diffusa »; a pag. 392, colonna destra, linea 4, deve dirsi: « perineurale (tronculare, ramuscolare), intradermica, edemizzazione, ecc. ».

IGIENE.

La lotta contro i rumori.

Tra le molte questioni d'igiene generale ve n'è una a cui poco si è pensato fin'oggi, ma che comincia a preoccupare gl'igienisti, i neurologi, gli otologi. È l'influenza nociva esercitata dai rumori molesti.

La questione è stata sollevata più volte durante gli ultimi anni, da varî punti di vista. Vogliamo richiamarvi anche noi brevemente la attenzione.

*
* *

La vita delle città è trepidante, agitata.

Giorno e notte i rumori più eterogenei s'incontrano, si sommano, si amalgamano in un fragore sordo: è la voce inestinguibile della città, che si affievolisce appena durante la notte e di cui molti si compiacciono come per una acuta sensazione di vita.

Giorno e notte le vetture rotolano, gli automobili guizzano fremendo e destando echi furibondi, i camions ronfano traballando e scuotendo le case dalle fondamenta. Dall'alba alle prime ore del mattino circolano i trams, facendo stridere le rotaie e lanciando nell'aria i loro tintinnii insistenti e ripetuti.

In alcuni quartieri delle città popolose si vive addirittura, giorno e notte, in un pandemonio di rumori, che tengono i nervi sensitivi in stato di continua tensione e tolgono il sonno all'invalido od al lavoratore stanco dalla sua dura giornata.

Quanti abitano presso le grandi fabbriche sono esposti all'insonnia abituale dagli sbadigli mostruosi delle sirene e dall'attività delle macchine; quanti abitano presso le strade ferrate lo sono dal rombo dei convogli e dai fischi striduli e penetranti delle locomotive.

Nelle città italiane l'ampiezza relativamente scarsa delle strade intensifica gli echi e rende il frastuono più sensibile che nelle grandi città straniere.

Sono sovratutto i rumori che emergono per la loro intensità quelli più molesti, i rumori che si odono durante la tregua notturna e nelle prime ore del mattino. In pieno sonno si è destati a Napoli dalle grida frenetiche dei rivenditori ambulanti, a Roma dagli scampanii di 500 chiese o dalle cornette degli «acquacetosari» o dalle riparazioni notturne delle strade, a Milano dal brontolio sordo delle sirene.

Si viene afflitti dai rumori in mille altre guise: dalla indiscretezza degli inquilini del piano superiore, dal pianoforte o dal grammofono di un inquilino accanto, dai macchinari di una tipografia al piano inferiore, dalla laboriosità mattiniera di un operaio, ecc.

Nelle case moderne, con armature metalliche, le mura ed i pavimenti troppo sottili non oppongono più quasi nessun ostacolo al passaggio dei rumori.

Il male è molto minore nelle campagne; ma neppur queste si salvano dall'invadenza continua dei rumori.

*
* *

Parecchi neurologi — principalmente Oppenheim di Berlino — ritengono che lo sconcerto nervoso di cui soffre la nostra epoca debba attribuirsi in parte ai rumori intensi e insistenti che accompagnano la inquieta vita civile.

Secondo essi, l'agitazione prodotta nei centri uditivi si irradierebbe ai centri vicini, traducendosi in disturbi nervosi svariati.

È certo che il lavoro mentale viene reso inevitabilmente più faticoso dai rumori. Anche allorquando si prova l'illusione di non risentirne alcuna molestia, essi giungono però almeno alla subcoscienza e ostacolano e turbano i processi psichici più elevati.

Dopo una giornata di lavoro manuale o intellettuale penoso, non v'è nulla di più snervante che avere il sonno interrotto o molestato dai rumori. Anche negli individui dotati di sistema nervoso a tutta prova, i rumori determinano almeno, durante il sonno, degli stati più o meno fugaci di dormiveglia, che rendono il sonno meno riparatore.

Molte persone dai nervi sensibili sono costrette a difendere il loro sonno creando un mezzo artificialmente calmo, otturando tutte le aperture da cui i rumori possono penetrare. Malgrado le sollecitazioni degli igienisti a far rinnovare l'aria nelle camere da letto, essi trascorrono volontariamente la notte in un'atmosfera confinata, con pregiudizio della loro salute.

Ma chi dirà l'influenza nefasta dei rumori nel turbare la convalescenza dei malati e dei feriti? Dopo una notte insonne, il paziente riesce appena ad assopirsi. Bisognerebbe rispettare ad ogni costo quel sonno benefico: invece bruscamente, senza pietà, esso viene interrotto da un forte scampanio, da un automobile che sbuffa, da un carro carico di ferramenta che percorre la strada sottostante, dalle grida furiose di uno strillone...

*
* *

Conviene anche considerare i danni che dai rumori intensi e molesti può risentire l'organo dell'udito.

Al Congresso dell'Associazione Medica Britannica tenutosi nel 1890 a Birminghan, il dot-

tor Thomas Barr metteva in rilievo le affezioni cagionate all'organo uditivo dai fischi delle locomotive, pel loro tono alto e sibilante. Egli si riferiva alla sua esperienza personale.

In quella occasione fu votato un ordine del giorno per richiamare l'attenzione delle autorità competenti sui fatti rilevati dal Barr.

In Italia il prof. Vittorio Grazzi di Pisa, un pioniere della lotta contro i rumori inutili, ha richiamato più volte l'attenzione sui danni che l'organo uditivo può risentire dai rumori a tonalità alta. Numerosi casi di sordità che sopravvengono nei calderai, nei fabbri-ferrai, nei macchinisti delle ferrovie, non riconoscerebbero altra causa.

Studi sperimentali recenti hanno comprovato i guasti che il delicato orecchio interno risente dell'azione di tali rumori. Tenendo dei conigli e delle cavie per ore e per giorni in luoghi ristretti e facendo vibrare continuamente dei diapason o delle lamine di acciaio per mezzo di movimenti d'orologeria, si è veduto che le note ad alta tonalità producono guasti gravi e irremediabili, mentre le note basse, anche se molto prolungate, recano danni lievi e talvolta nulli.

Se i rumori acuti nuocciono agli orecchi sani, il danno sarà certo maggiore quando è già colpito il labirinto (1).

Secondo il Grazzi, questi danni sono di tanto più sensibili, in quanto che l'orecchio non dispone di un efficace apparechio di difesa contro i rumori acuti, paragonabile alla palpebra che protegge l'occhio dalle luci troppo vive.

Tuttavia le lesioni dell'orecchio medio possono essere di protezione a quello interno; infatti gli esperimenti eseguiti negli animali hanno dimostrato che, interrompendo la catena degli ossicini, si accresce la resistenza dell'orecchio interno all'azione dannosa dei rumori intensi.

Trasportando questa nozione in clinica, in rapporto specialmente alle otiti medie suppurative croniche con carie degli ossicini, i danni prodotti dai rumori intensi saranno minori che nelle labirintiti, o quando l'orecchio è normale.

*
* *

Sarebbe ora di affrontare francamente lo studio di una soluzione pratica da dare alla moderazione dei rumori troppo intensi ed alla soppressione di quelli inutili.

(1) Importa notare che nel personale viaggiante delle ferrovie — in specie macchinisti e fuochisti — vengono spesso colpiti così l'orecchio medio, a motivo delle cause reumatizzanti cui questi agenti sono molto esposti, come l'orecchio interno, a motivo dei fischi intensi e acuti delle locomotive. In questo modo il loro udito viene doppiamente compromesso.

Noi — dice Dejace, il quale ebbe ad occuparsi or non è molto della questione — abbiamo il fermo convincimento che la salute pubblica, l'energia della razza, il buon equilibrio del sistema nervoso, sono altamente interessati alla soluzione pratica della soppressione dei rumori inutili.

Non ci facciamo illusioni sulla possibilità di addivenire presto a soluzioni concrete; ma è certo che molti rumori si potrebbero moderare.

Il problema rientra in gran parte nel dominio della tecnica; ma i medici possono spingere gl'ingegneri a cercare delle soluzioni pratiche, poichè essi conoscono ormai i danni e i pericoli di una situazione che si aggrava in ragione dell'addensarsi della popolazione e dei progressi meccanici.

Una soluzione possibile per attutire sensibilmente i rumori prodotti dai veicoli è data dalla pavimentazione in legno delle strade; ma riesce troppo costosa.

Ve n'è un'altra più semplice: il largo uso del caucciù, reso possibile dalle vastissime piantagioni che tendono a ridurre il prezzo del prezioso larice.

Sarebbe quanto meno indicato di prescrivere rigorosamente i cerchi di caucciù ai veicoli che circolano di notte.

I tecnici troveranno forse delle composizioni artificiali, in cui entrerà il caucciù come isolatore, e che ci daranno dei pavimenti stradali sordi, contro cui si smorzeranno i rumori dei veicoli, dei cavalli, dei passanti; fors'anche le loro ricerche condurranno ad introdurre sotto gli assi dei trams, delle ferrovie e dei camions, dei materassi elastici che sopprimeranno le trepidazioni provocate dal rapido passaggio delle vetture; ma questi problemi, studiati attualmente in Inghilterra, sono ancora da risolvere.

Il prof. Grazzi ha suggerito di *abbassare la tonalità* di tutti i mezzi che servono alla segnalazione di ogni genere di veicoli, agli opifici, ecc.: fischi, trombette, campane...

Già al congresso di Birmingham, cui abbiamo accennato, Barr riferiva che nelle vie ferrate della Califormia era stato introdotto al posto dei fischi una canna d'organo, a tonalità bassa, e che nelle ferrovie degli Stati Uniti si era ricorso alle grandi campane.

Molti rumori si potrebbero addirittura evitare.

In Inghilterra e in Germania si intendono assai di rado i fischi delle locomotive: le manovre nelle stazioni si compiono senza i richiami laceranti dei macchinisti e accade di percorrere centinaia di chilometri senza udire un solo fischio.

Perchè i nostri regolamenti ferroviari non dovrebbero assicurare lo stesso risultato?

Forse che gl'inglesi e i tedeschi hanno un sistema nervoso meno equilibrato del nostro? Se mai, riteniamo proprio il contrario.

Altro esempio: per richiamare gli operai nelle officine si potrebbe fare a meno delle sirene; l'uso individuale degli orologi a sveglia è ormai tanto diffuso, da rendere superfluo questo mezzo di richiamo collettivo.

Motivi di umanità consiglierebbero di smettere anche gli scampanii a « mattutina » delle chiese, i quali tolgono il sonno agli abitanti dei piani superiori delle case. I fedeli che volessero recarsi alle funzioni religiose delle prime ore del mattino, potrebbero anch'essi far uso molto semplicemente delle sveglie.

Opportuna sarebbe la propaganda contro i rumori dannosi. Da tempo se ne è fatto un apostolo attivo il Grazzi.

Solo in questo modo si può ottenere che le pubbliche amministrazioni entrino nel movimento, che i privati si decidano ad usare maggior rispetto per la quiete dei loro simili.

Le amministrazioni pubbliche — Stato e Municipi — renderebbero un servigio segnalato agli abitanti delle città e delle campagne se cercassero dei rimedi contro la esacerbazione dei rumori, e appoggiassero con la loro benevolenza le ricerche dirette all'impiego degli ammortizzatori; se usassero della loro autorità per prescrivere norme pratiche ed efficaci di difesa; se emanassero severe prescrizioni, nelle leggi e nei regolamenti, dirette ad evitare o limitare i rumori non necessari ed inopportuni, in ispecie quelli notturni e quelli di alta tonalità, che la scienza e la pratica dimostrano più dannosi all'orecchio ed al cervello.

Converrebbe in modo speciale di proteggere gli Ospedali contro i rumori molesti. Negli Stati Uniti si è già compreso questo dovere; ivi negli Ospedali bene organizzati i servizi interni si compiono silenziosamente; le guide smorzano i passi, le carriuole hanno le ruote imbottite, non è permesso di parlare ad alta voce; nelle vicinanze dei grandi ospedali è vietato persino il passaggio dei veicoli e la produzione di tutti i rumori evitabili.

Quale mezzo individuale di protezione, per coloro che sono esposti inevitabilmente ai forti rumori — molti operai, marinai di navi a vapore, artiglieri, ufficiali, ecc. — si dimostra utile di ostruire il condotto uditivo esterno.

Nella discussione che seguì a Birmingham alla comunicazione del Barr, il dott. Ward Cougins consigliò caldamente i turaccioli di caucciù, i quali hanno fatto molto buona prova per le truppe inglesi di terra e di mare.

Il prof. Grazzi ritiene sufficiente l'ovatta, nella generalità dei casi; in casi speciali raccomanda i turaccioli di cera molle, seguendo in ciò i consigli del saggio Ulisse ai compagni nell'isola delle Sirene.

Tutti questi mezzi di protezione diverranno sempre più necessari, se non si pone riparo in tempo all'invasione dei rumori.

In questa ora storica ci adusiamo a ben altri romori che non siano quelli molesti; ma il problema da noi sollevato mantiene tutto il suo interesse, poichè va oltre il momento attuale; d'altronde la vita civile deve continuare a pulsare anche fra il fragore delle armi.

L. V.

VARIA.

Sublimato corrosivo innocuo. — Il dott. Moscatelli di Reggio Emilia, a prevenire i numerosi casi di avvelenamento con sublimato che la cronaca quotidiana registra, ha pensato di preparare delle speciali pastiglie, nelle quali il potente veleno è associato ad emetici, cosicchè l'eventuale ingestione di esse sarebbe immediatamente seguìta dal vomito e quindi dalla sua eliminazione dall'organismo.

L'ottimo collega avrebbe dunque trovato il modo di ovviare alla frequenza dei suicidî per avvelenamento da sublimato e di poter senza timore vendere le pastiglie disinfettanti. Ma è forse opportuno ricordare che dei farmacisti hanno cercato di ottenere lo stesso scopo con un mezzo più semplice, mettendo cioè in commercio delle pastiglie di sublimato, in cui il cloruro di mercurio è sostituito dall'innocentissimo cloruro di sodio.

E diciamo pure: *honny soit qui mal y pense...*

(Dall'*Avvenire Sanitario*).

Criminalità giovanile e alcoolismo. — Il Ministro di grazia e giustizia bavarese ha pubblicato un'interessante relazione sulla criminalità giovanile nelle sue attinenze con l'alcoolismo. Da essa appare che di 8864 condannati nel 1910 per reati commessi per impulso alcoolico, 166 erano al disotto di 18 anni, ossia minorenni (2.7 %): il che significa che il numero dei minorenni divenuti criminali per impulso alcoolico aumentò in ragione sensibile.

Spirito anglo-sassone. — Guardi — gridò un uomo fuori di sè al farmacista — mi ha dato morfina per chinino!

— Come è possibile? — rispose il farmacista; — allora mi deve ancora due e cinquanta.

(*Christian Register*).

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

Manuale di medicina e chirurgia di guerra del capitano medico dott. G. Mendes. Roma. Prezzo L. 5.

In nitida ed elegante edizione, la solerte amministrazione del *Policlinico*, sempre vigile e premurosa nel provvedere ai bisogni della classe medica, ha pubblicato un bel volume di grande attualità, dovuto ad uno dei valorosi redattori, il capitano medico dott. Mendes, la cui competenza in materia i nostri lettori han potuto sperimentare dai lavori comparsi in queste colonne.

È una guida sintetica del medico in guerra, nella quale sono riunite le nozioni più importanti ed essenziali, circa l'ordinamento dei servizi sanitarii presso il nostro esercito mobilitato, ed un complesso di ricordi diagnostici e terapeutici sulle malattie che più frequentemente si osservano fra i soldati in guerra, e sulle ferite prodotte dalle armi moderne.

Il medico che non ha mai avuto occasione di conoscere gli ordinamenti sanitarii che vigono nell'esercito, vien così messo al corrente di quanto più importa sapere per avere un'idea chiara e precisa dei mezzi che potrà avere a propria disposizione e delle formazioni alle quali potrà appartenere in caso di mobilitazione.

La parte speciale, che riguarda la patologia e la traumatologia di guerra, è desunta in massima dalle osservazioni che i più insigni medici di igiene militare, e con una raccolta delle norme che i chirurgi delle nazioni belligeranti hanno fatto e van tuttora facendo nell'attuale immane conflitto, e ciò costituisce un grandissimo pregio speciale del libro.

L'opera, che è arricchita da parecchie nitide riproduzioni fotografiche originali e di una tavola a colori, termina con un breve compendio di igiene militare, e con una raccolta delle norme sancite dall'ultima convenzione internazionale di Ginevra. Tutto sommato adunque questo lavoro costituisce una guida utilissima, dirò anzi indispensabile del medico in guerra; unica sinora nel suo genere, così per il rigore scientifico e la competenza pratica con cui è condotta, come per la chiarezza e la concisione dell'esposizione.

Prof. G. Memmo, magg. med.

E. Delorme. *Précis de chirurgie de guerre*. Collect. de Précis. Masson et C.ie, éditeurs. Paris, 1914. Prezzo fr. 4.50.

La chirurgia di guerra dopo lunga esperienza, fatta di tentativi, ha preso la sicura direttiva di chirurgia conservativa: e allo scopo con brevi considerazioni, che all'A. dettano la lunga esperienza e il grande amore dell'argomento, è dedicato il volumetto.

Ma le ferite e i traumi di guerra assumono il più delle volte caratteri peculiari, che li differenziano dai comuni traumi civili, non solo; l'ambiente per il primo soccorso, e per le cure consecutive di troppo si differenziano da ospedali e da posti di medicazione cittadini; le complicanze infine sono diverse sotto tanti aspetti e per entità e per qualità: come guida, il libro del Delorme sarà utilissimo; esso servirà a togliere dall'imbarazzo il chirurgo anche provetto, dinanzi all'impreveduto.

t. p.

Prof. C. Adam. *Augenverletzung im Kriege und ihre Behandlung* (con 46 fig.). Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1914. M. 2.50.

Questo volumetto è il compendio di ciò che l'autore osservò nella sua qualità di Direttore dell'Ospedale oftalmico di Belgrado nell'ultima guerra balcanica ed è scritto per i medici che nella guerra attuale possono essere chiamati ad esplicare la loro attività in riparti oftalmici militari.

Nella guerra moderna la testa è esposta alle ferite, più d'ogni altra parte, e quindi le ferite oculari sono frequenti.

Esaminati gli agenti feritori (granate, palle, pietre, legno) e le speciali ferite che esse producono sul corpo, l'A. ne fa la prognosi e dopo passa in rassegna le diverse ferite dell'occhio ed annessi; ne espone la maniera di diagnosticarle e di curarle anche operativamente.

Nel manualetto non vi è nulla di nuovo, nè la materia ci sembra ordinata e trattata con la necessaria ponderazione; ma come prontuario per i profani di oculistica potrebbe rendere buoni servigi.

Prof. Speciale.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Ranelletti Aristide. — Sulla opportunità dell'istituzione di un « Ufficio sanitario municipale del lavoro » nei principali comuni. — Roma, 1914.

Ranelletti Aristide. — Sulle lesioni del fegato nel saturnismo. — Roma, 1914.

Setti Giovanni. — La cura della peritonite ascitica tubercolare col metodo del Capparoni (iniezione endoperitoneale di iodoformio). — Treviso, 1914.

Guastoni Carlo. — Rendiconto statistico, clinico e finanziario dell'ambulatori delle malattie dei bambini al Testaccio (1906-1913). — Roma, 1914.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per i medici militari.

Il ministro della guerra, nel rispondere in Senato all'interpellanza del'on. Santini sul servizio sanitario militare, ha accennato alla deficienza numerica dei medici militari effettivi ed ha promesso che provvederà a rimediarvi... « rientrati che si sia in tempi normali ». *Lungo prometter.....* come si vede! Intanto le cause di disagio materiale e morale per questi benemeriti ufficiali vengono mantenute invariate, e, corrispondentemente a ciò, ogni bollettino annunzia le dimissioni di qualcheduno di essi: procedendo di questo passo, la sistemazione definitiva della posizione dei medici dell'esercito avverrà spontaneamente... per esaurimento! L'ultimo concorso d'altronde è andato presso che deserto perchè ormai nessun medico che abbia coscienza del valore della propria professione, si può accontentare delle condizioni che offre lo Stato, molto inferiori di fatto a quelle dell'ultimo medico condotto di villaggio, e con ben diverse esigenze!

Speriamo, per il bene dell'umanità e per il vantaggio dei poveri feriti, che i poteri responsabili non debbano troppo presto e troppo duramente accorgersi della differenza che passa tra il servizio compiuto, o almeno inquadrato da ufficiali medici pratici ed usati alle diverse contingenze della vita militare, e quello dei sanitari requisiti all'ultim'ora, parte dei quali neppure ancora laureati medici chirurgi, verrebbero inviati in prima linea!

Intanto è annunziata alla Camera una nuova interpellanza dell'on. Caporali ai ministri della guerra e della marina: *Sulla necessità di concedere l'indennità professionale agli ufficiali medici, allo scopo precipuo di assicurarne il reclutamento e di arrestare l'esodo dei detti ufficiali, come presentemente avviene.* M.

La politica sanitaria.

I deputati Ciccotti, Lucci e Rodinò hanno interpellato il ministro dell'interno sulle condizioni dell'assistenza ospitaliera in Napoli.

L'on. Pizzini ha interrogato il ministro della guerra, per conoscere se nella preparazione sanitaria militare, in vista di una eventuale mobilitazione e entrata in campagna dell'esercito nazionale, si sia convenientemente provveduto alla preparazione del materiale immunizzante contro le malattie infettive più frequenti nelle masse combattenti e per le quali la scienza suggerisce mezzi preventivi di grande efficacia.

L'on. Parodi ha interrogato il ministro della guerra, per conoscere le ragioni presumibili, per le quali, in ispecie nel distretto militare di Genova, numerosi soldati si trovano ammalati e soccombono; e quali sistemi di prevenzione si vanno attuando.

L'on. Ranieri ha interrogato il ministro della guerra, per avere notizie esatte sulle cause che determinarono lo svilupparsi della meningite cerebro-spinale nelle truppe di stanza a Piacenza, e conoscere le disposizioni prese per combattere la grave infezione.

L'on. Gregoraci ha interrogato il ministro della P. I. sulla opportunità di modificare il regolamento sull'insegnamento dell'igiene nei corsi magistrali per modo che a tale insegnamento siano preferiti i liberi docenti di patologia speciale medica prima che quelli di fisiologia e di patologia generale.

Sottoscrizione a favore dei Medici Belgi, delle loro vedove e dei loro orfani.

Somma precedente	L.	2227.—
Ricci dott. Angelo	»	5.—
Campagnoli dott. Domenico	»	5.—
De Carli prof. Deodato	»	10.—
Bastianelli prof. Raffaele	»	100.—
Totale	L.	2347.—

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5118) *Pensione.* — Al dott. G. C. da S. L. rispondiamo che in base ai nuovi dati forniti effettivamente deve fare non 12 anni e 2 mesi di servizio, ma bensì solo altri cinque anni e 6 mesi. Liquiderà, poscia, annue lire 841.

(5119) *Pensioni - Sostituzione nella condotta.* — Il dott. D. M. da N. T. desidera conoscere la pensione che gli compete con 32 anni di servizio e 60 di età, con pagamento del massimo contributo per 10 anni. Avendo dal 1909 in poi versate annue lire 300 come contributo volontario desidera conoscere di quanto aumenterà la pensione normale. Desidera infine conoscere se, sostituendo un collega della seconda condotta, chiamato sotto le armi, possa pretendere l'intero stipendio di lui, o se possa rifiutare la sostituzione, nulla dicendo in proposito il capitolato.

La pensione che Le competerà, tenuto conto dei dieci anni di massimo contributo, è di annue

lire 2168.04. Le trecento lire annue versate come contributo straordinario formano complessivamente la somma di lire 1800, che aumentano di lire 194.22 annue la pensione normale. La sostituzione del collega, come Ella dice è volontaria perchè non prevista nel capitolato. Il compenso deve essere quindi stabilito di accordo con l'amministrazione municipale. Potrebbe pretendere le intere 100 lire dovute al collega, ma potrebbe chieder anche di più o rifiutarsi addirittura alla prestazione perchè essa, ripetiamo, non è resa obbligatoria dal capitolato in vigore.

(5120) *Pensioni*. — Al dott. G. P. da G. rispondiamo che la pensione che gli spetta con 30 anni di servizio e 55 di età è di annue L. 1280.

(5121) *Pensioni*. — L'abbonato n. 3548 iscritto da 14 anni alla Cassa di previdenza desidera conoscere quale indennità gli potrà competere dovendo lasciare il servizio per grave infermità e se può riscattare due anni e mezzo di servizio prestati prima della istituzione della Cassa quando percepiva l'annuo stipendio di lire 200.

L'indennità che Le compete consiste in una somma per una volta ragguagliata ai due terzi del capitale accumulato sul conto individuale purchè non inferiore ai due terzi del valore capitale della pensione teorica che si ottiene mediante l'applicazione della tabella *B*, nel modo che sarà determinato dal regolamento, che, però, non è stato ancora pubblicato. I due anni e mezzo di servizio, cui Ella accenna nel quesito, non si possono riscattare perchè si riferiscono a stipendio inferiore alle lire 300.

(5122) *Carni di bassa macelleria - Iniezioni subdurali*. — Il dott. F. N. da M. desidera sapere se le carni di bassa macelleria debbono consumarsi nel Comune o possono essere asportate in altri Comuni e se l'ufficiale sanitario abbia obbligo di eseguire le iniezioni subdurali ai cani morti od uccisi perchè sospetti rabbidi.

Anche le carni di bassa macelleria possono essere asportate fuori Comune purchè munite di certificato dell'ufficiale sanitario o del veterinario comunale che attesti che appartengano ad animale sano. L'ufficiale sanitario non è obbligato ad eseguire le iniezioni subdurali in parola, e se volontariamente le compie ha diritto a compenso.

(5123) *Ricchezza mobile* — Il dott. E. F. da R. M. desidera conoscere quale ricchezza mobile deve pagare sullo stipendio di L. 2500.

Sullo stipendio di L. 2500 cade la ricchezza mobile di L. 216.25 annue, oltre l'aggio all'esattore che varia da Comune a Comune.

(5125) *Scioglimento di matrimonio - Prescrizione - Esercizio abusivo dell'arte salutare*. — Il dott. A. B. C. da D. chiede conoscere: 1° Se un marito possa chiedere l'annullamento di un matrimonio contratto da un anno circa per grave epilessia della consorte, adducendo l'errore sulla persona; 2° In quanto tempo si prescrive la contravvenzione relativa all'esercizio abusivo dell'arte salutare; 3° Se uno studente di 6° anno di medicina possa pretendere compenso per avere assistito ad un consulto; 4° Se la levatrice può curare una donna abortita e può somministrare ergotina senza consiglio del medico; 5° Se un farmacista può spedire cioccolatine di santonina ed ergotina senza ricetta del medico e se una persona che non sia medico possa praticare iniezioni ipodermiche ordinate dal medico.

La esistente infermità della moglie non può dar ragione al marito di chiedere l'annullamento del matrimonio, che può avvenire solamente in specialissimi casi espressamente indicati dal codice civile. Non si può sostenere la tesi dello errore sulla persona, perchè nel caso tratterebbesi di errore sulle qualità fisiche della persona, che non dà, come è noto, diritto ad annullamento. Il giovane studente del 6° anno di medicina non può prendere parte a consulti perchè questi costituiscono esercizio professionale, cui egli non è ancora abilitato. Non può pertanto legalmente chiedere pagamento di sorta. Il farmacista che senza ricetta del medico fornisce alla levatrice dell'ergotina e somministra cioccolattine di santonina è passibile di contravvenzione. La levatrice non può senza far chiamare il medico somministrare l'ergotina. Agli aborti, quando sieno senza gravità, può assistere la sola levatrice. Le iniezioni ipodermiche debbono essere praticate da chi è diplomato in medicina e chirurgia.

Le contravvenzioni all'arte salutare si prescrivono ordinariamente in sei mesi. La durata della prescrizione è subordinata alla entità della pena.

(5125) *Pensioni - Sessennii*. — Il dott. F. P. da I. desidera conoscere se la disposizione contenuta nel proprio capitolato secondo cui la pensione deve essere liquidata in base allo stipendio iniziale, detratto qualsiasi aumento eventualmente ottenuto mediante sessennii, sia legale e produttiva di effetti.

Il capitolato delle condotte determina le condizioni legali del servizio sanitario: esso è un contratto che si stipula fra sanitario e Comune e contiene i diritti ed i doveri da rispettarsi reciprocamente fra le parti. Con il capitolato non si possono, però, violare o contraddire disposizioni di leggi, dettate nell'interesse pubblico. Or, siccome le disposizioni relative alle pensioni non sono di pubblico e generale interesse, ben possono essere modificate dal capitolato, che viene volontariamente accettato dal sanitario.

Coll'accettazione del capitolato Ella ha, quindi, annuito anche alla condizione di tener conto per la liquidazione della pensione del solo stipendio iniziale, esclusi i sessennii. Che ad altri impiegati regolati da diversi regolamenti si usi altro trattamento, non monta; nè il fatto può essere invocato in suo favore, giacchè, come dicemmo, i Comuni per le pensioni che corrispondono, con proprio regolamento agli impiegati, sono pienamente liberi di stabilire quelle disposizioni che meglio credono confacenti ai loro interessi.

(5126) *Somministrazione gratuita di medicinali ai poveri.* — Il dott. A. A. da C. E. desidera conoscere se il messo comunale che riceve lo stipendio annuo di lire 700, alloggio e vestiario possa essere ammesso a cura gratuita, facendo rilevare che un articolo del regolamento dispone che per la somministrazione gratuita dei medicamenti sono considerati come poveri i contadini ed altri che non pagano una imposta diretta superiore a lire 5.

Chi ha uno stipendio di sole lire 700 può essere ammesso nello elenco dei poveri aventi diritto a cura gratuita. Stando a quanto dispone il regolamento non avrebbe, però, egli diritto alla somministrazione dei medicinali gratuiti perchè sullo stipendio sopraindico si pagano oltre annue lire 5 per imposta di ricchezza mobile. Per la cura gratuita, occorre una povertà relativa e non assoluta: relativa, cioè, alla posizione sociale economica della famiglia e delle spese che deve questa sostenere nei casi di infermità. Chi percepisce lire 700 di assegno annuo non può, a nostro avviso, ritenersi in condizione di poter pagare il medico in caso di infermità.

(5127) *Nomina a medico condotto - Stabilità.* — Il dott. D. Z. da S. chiede conoscere: 1° Se non risultando approvato il capitolato è nullo o meno il concorso e la nomina del vincitore; 2° Se si può procedere al licenziamento di esso perchè, ammessa la nullità della procedura della nomina, non si è acquistata la stabilità; 3° Quale sarebbe la procedura da seguire.

La legge stabilisce che per ogni concorso per nomina di medico chirurgo condotto deve essere approntato ed approvato il relativo capitolato. Non commina, però, la nullità pel caso che il capitolato esistesse, ma non fosse stato approvato prima della apertura del concorso. E poichè le nullità non possono essere invocate se non quando sieno espressamente enunciate dalla legge, la nomina ed il precedente concorso non possono essere più annullate. Sarà, però, necessario fare ora quello che a suo tempo non fu fatto, e cioè, mandare subito per l'approvazione il capitolato alla G. P. A. Ciò posto la stabilità si effettua egualmente, se già non sia stata anche precedentemente acquistata.

(5128) *Anzianità.* — Il dott. C. C. da F. desidera conoscere chi debba ritenersi anziano fra due condottati di cui il primo ha avuto la nomina un mese prima ma ha preso effettivo servizio tre mesi dopo ed il secondo, tuttochè nominato dopo, ha però fatto servizio per i primi tre mesi anche in sostituzione del collega dell'altra condotta.

Al quesito da Lei esposto si deve rispondere per analogia applicando, cioè, le norme in vigore, in materia di anzianità, per gli impiegati dello Stato. Per costoro è stabilito che l'anzianità è determinata dal decreto di nomina ed a parità dalla età. È, quindi, evidente che dei due colleghi sia più anziano il primo, che ha avuto la nomina con un mese di anticipo. La sostituzione per tre mesi non distrugge il fatto della titolarità del posto spettante a colui, che era stato già regolarmente nominato.

(5130) *Sessennii.* — Il dott. M. A. G. P. da F. espone che è da dodici anni medico condotto e che in questo anno dovrebbe conseguire il secondo aumento sessennale. Desidera conoscere se avendo conseguito nel 1914 un aumento di stipendio, il sessennio si debba corrispondere in base al vecchio od al nuovo stipendio.

Avendo conseguito nel 1914 un aumento di stipendio non può pretendere più il sessennio, che presuppone stazionarietà di assegno per sei anni di seguito. Non sarebbe poi assolutamente ammissibile che si corrispondesse un aumento su di uno stipendio goduto solamente per un anno e, forse, solo da pochi mesi.

(5131) *Ufficiale sanitario - Concorso.* — Il dott. abbonato n. 7103 desidera conoscere quale mezzo legale esiste per obbligare l'autorità tutoria a bandire il concorso per la nomina ad ufficiale sanitario, mentre la carica è tuttora esercitata da un medico condotto, ed esistono in loco ben altri cinque medici liberi esercenti.

Mezzo legale per obbligare l'autorità tutoria a bandire il concorso per la nomina ad ufficiale sanitario, non esiste. Se sono riusciti sinora infruttuosi i ricorsi all'uopo inviati alle autorità comunali e provinciali si rivolga al Ministero dell'interno, facendo rilevare l'oscitanza delle autorità locali, nel provvedere alla definitiva sistemazione di uno dei più importanti servizi sanitarii. Sarebbe bene informare della cosa anche l'Ordine dei sanitarii della Provincia.

(5132) *Consigliere comunale - Impiegato in azienda farmaceutica.* — Il dott. abbonato 1168 desidera conoscere se può essere eletto consigliere comunale il farmacista che essendo agli stipendii di una ditta proprietaria, conduce per conto di questa la farmacia fornitrice dei medicinali ai poveri.

Il farmacista che è solamente impiegato presso una ditta fornitrice dei medicinali ai poveri non prende parte nè direttamente nè indirettamente alla somministrazione nello interesse del Comune. Il far *parte* indica l'idea di partecipazione ai guadagni ed alle eventuali perdite e non alla assistenza passiva all'atto commerciale che è propria di colui che serve con prestabilito ed inalterabile stipendio. Al quesito proposto rispondiamo, quindi, affermativamente.

(5134) *Pensioni.* — Il dott. G. Z. da C. desidera conoscere la pensione che liquiderà dopo 25 anni di servizio e 52 di età, quella che liquiderebbe con 53 anni e 26 di servizio e quella che liquiderà con 54 anni di età e 27 di servizio. Avendo versate lire 400 annue volontariamente desidera conoscere di quanto aumenta la pensione per virtù di tale versamento e quale interesse potrebbe ripetere qualora preferisse ritirare il danaro versato.

Tenuto conto del massimo contributo pagato per diversi anni Le diciamo che con 25 anni di servizio e 52 di età, liquiderà annue lire 1177,40; con 26 di servizio e 53 di età liquiderà annue lire 1284.12 e con 54 anni e 27 di servizio liquiderà annue lire 1398.97. I versamenti volontari producono l'interesse del 3.50 % quando sieno ritirati alla cessazione del servizio. Se, invece, si trasformano in assegno vitalizio producono un aumento di pensione nel primo caso di lire 302.40, nel secondo di lire 307.75 e nel terzo di lire 316.45. Il periodo passato in aspettativa per ragioni di famiglia, va calcolato nella pensione perchè durante il medesimo Ella ha, come dice, continuato a percepire lo stipendio ed a versare i contributi.

(5135) *Tassa esercizi - Drogherie.* — Il dott. abbonato n. 1575 chiede conoscere per quale consuetudine il medico condotto a cura piena non deve pagare la tassa di esercizio, se per aprire una drogheria occorrano titoli speciali e se in essa possansi tenere veleni o specialità medicinali, e se la sorveglianza sulle medicine debba essere esercitata dall'ufficiale sanitario o dal medico provinciale.

Il medico condotto a cura piena non deve pagare la tassa esercizi per espressa disposizione di legge, che esonera tutti coloro che prestano servizii alla dipendenza di una pubblica amministrazione. Per aprire una drogheria non occorre speciale autorizzazione, ma però non si possono vendere in essa nè veleni, nè specialità medicinali. La sorveglianza sulle medesime è tenuta dall'ufficiale sanitario a norma dell'art. 52 della legge sanitaria.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALBAIRATE (*Milano*). — Ab. 2900 circa. Condotta generalità; L. 4300, esenti da imposta R. M., e tre sessenni; L. 100 quale U. S.; L. 600 indennità mezzi trasp. Età limite 34 anni. Servizio entro 15 giorni. A tutto 31 marzo.

ANCONA. — Due medici nelle frazioni esterne; L. 4200. Si avverte che nello stipendio sono comprese L. 700 concesse in aumento e soggette a ratifiche. Sessenni fino a superare la metà dello stipendio di pianta. In caso di assenza o malattia del medico delle condotte limitrofe supplenza con retribuzione di L. 5 giorno. Scad. 31 marzo.

ANCONA. — Medico-chirurgo nella VIII condotta di città; L. 3500 e sessenni. Almeno 5 anni di servizio professionale e due anni di assistenza in un ospedale clinico od equivalente. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Scad. 31 marzo.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico consorziale di vigilanza igienica fra i Comuni della provincia. Docum. entro le ore 12 del giorno 15 giugno al presidente del Consorzio, sindaco di Avellino. Titoli speciali. Esami. L. 3000 e due sessenni; partecipazione agli utili derivanti dalle analisi ai privati e da altri eventuali proventi.

BANZI (*Potenza*). — Condotta generalità; lire 2890, compreso l'incarico di ufficiale sanitario, oltre il sussidio per l'Ambulatorio antimalarico, variabile da L. 400 a 600. Scadenza giorni 30 dal 10 marzo.

CAGLIARI. *Comune.* — Concorso per titoli e per esami al posto di direttore del laboratorio medico microrgafico; L. 3500 lorde aumentabili a L. 4900. Dom. e doc. d'uso alla segreteria comunale uff. 1., sez. 1. Età massima ani 40. Nomina per un anno, salvo conferma. Assunzione entro 15 giorni dalla nomina. Richiedere avviso. Scadenza 31 marzo.

CALDAROLA (*Macerata*). — Medico chirurgo di campagna; L. 4550. Scadenza 5 aprile.

CAMPI SALENTINA (*Lecce*). — Al 15 aprile, ore 12, 2ª condotta pei poveri; L. 2500 lorde di imposta R. M., esenti dal contributo per C. P.

CASTEL GOFFREDO (*Mantova*). — Una delle due condotte; lorde L. 3800, con tre sessenni, L. 700 indennità cavalc. e L. 100 se U. S.; cura piena; 2843 abitanti; assunzione servizio entro 15 giorni. Scadenza 31 marzo.

CERTALDO (*Firenze*). — Condotta; lorde iniz. L. 3700 e L. 500 indennizzo cav. Cura gratuita per chi ha un reddito inferiore alle L. 4000. Scad. ore 17 del 31 marzo.

COLBORDOLO (*Pesaro-Urbino*). — Due condotte: 1° reparto L. 4850 lorde e 2° reparto L. 4400 lorde e L. 200 se U. S. Servizio entro 20 giorni dalla nomina. Scadenza 31 marzo.

COMO. *Deputazione Provinciale.* — Medico primario; L. 4500 lorde dell'i. R. M.; tre quadrienni e due quinquenni del decimo; pensione. Titoli scientifici e pratici. Età limite 40 anni al 30 apr., s. e. r. Servizio entro 30 giorni. Scadenza ore 16 del 30 aprle.

COPPARO. *Ospedale Mandamentale.* — Assistente medico-chirurgo; L. 1200; indennità vitto lire 90 mensili. Proventi 10 % tassa operazioni. Incerti globali sulle L. 400 annue. Giustificazione annuale. Nell'ospedale esiste già un aiuto-chirurgo. Per informazioni rivolgersi prof. Dialti, direttore. Chiusura concorso 15 aprile.

CRODO (*Novara*). — A tutto marzo 1915 è aperto il concorso al posto di medico condotto, collo stipendio di L. 4250 oltre alloggio. Condotta piena, abitanti 1500.

DICOMANO (*Firenze*). — A tutto il 15 aprile condotta poveri 2ª sezione con sede nel capoluogo; circa 44 kmq.; ab. 1750 dei quali 200 poveri; L. 3000 lorde, tre sessenni; per i primi due anni assegno straord. di L. 500. Chiedere l'annunzio. Servizio entro 15 giorni.

FERMO (*Ascoli Piceno*). — Cercasi assistente medico Ospedale civile con impegno da parte dell'eletto di tenere il posto almeno per 6 mesi. Stipendio lordo L. 1500, vitto, alloggio, oltre incerti. Per spedizione documenti e ogni schiarimento, rivolgersi alla Congregazione di carità.

FORNELLI (*Campobasso*). — Condotta piena; L. 2400 nette. Scadenza 31 marzo.

FIUGGI (*Roma*). — Concorso per titoli ad entrambe le condotte medico-chirurgiche per la generalità; L. 4500 lorde ciascuna. Scadenza 16 aprile.

FOBELLO-CERVATTO (*Novara*). — Consorzio. Stazioni sanitarie; kmq. 38.75 in montagna; abitanti 1145; L. 2100 per poveri (circa 125), L. 300 assegno U. S., L. 100 gestione a. f. Scadenza 31 marzo. Servizio possibilmente entro 15 giorni.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Condotta piena; L. 3500 lorde; ab. 3350. Scad. 31 marzo.

GRAGLIA (*Novara*). — Consorzio con Muzzano. Scadenza ore 12 del 24 marzo. Kmq. 32.92, in collina e montagna; ab. 3000 circa. L. 1200 per circa 100 poveri e L. 250 per suppl.; eventuali nomine a medico della Società operaia e ad U. S. Servizio entro il 15 aprile.

LETINO (*Caserta*). — Medico per la generalità (ab. 1200); L. 3200 lorde di R. M., compreso le indennità di U. S., servizi inerenti e per la tenuta dell'a. f. Scad. pres. dei titoli 31 marzo.

LINO (*Caserta*). — Generalità (abitanti 1200); lire 3200 lorde di R. M., comprese le indennità di U. S., servizi inerenti e tenuta armadio farmaceutico. Scadenza 31 marzo.

MALONNO (*Brescia*). — Al 30 aprile condotta; L. 4273.77, al lordo della R. M.; generalità 2520 ab.; U. S. e gestione a. f.

MELITO PORTO SALVO (*Reggio Calabria*). *Ospedale Provinciale Garibaldi.* — Al 31 marzo, chirurgo dell'Ospedale. Almeno due anni di pratica clinica od ospedaliera. Libera docenza in chirurgia (patologia chirurgica, clinica chirurgica, medicina operativa). Direzione del reparto chirurgico, di recente costruito; L. 3500 e alloggio; percentuale sulle operazioni a pagamento. Nomina biennale. Assunzione al posto negli ultimi giorni di aprile. Per schiarimenti sugli oneri regolamentari rivolgersi al direttore dell'ospedale.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). — Condotta pei poveri; L. 2000 lorde. Scad. un mese dal 10 marzo.

* MONTEPRANDONE (*Ascoli*). — Condotta; L. 3500 lorde con 3 sessenni, L. 200 per U. S. e L. 600 ind. cav. Scadenza 6 aprile.

NOVARA. *R. Scuola di ostetricia.* — Medico assistente; età meno di 35 anni e assistentato per almeno 3 anni in una Clinica ostetrica o Maternità. Tit. ed esame. Stip. L. 500. Scad. 31 marzo.

PAESE (*Treviso*). — Condotto primo riparto, L. 3000. Scadenza 10 aprile.

PARMA. *Casa Penale.* — Sanitario; assegno di L. 1800 lorde. Età non superiore ai 45. Le domande al Ministero su carta da L. 1.25, dovranno pervenire alla Prefettura. Titoli di studio e di pratica medica. Nomina previo parere o relazione della Commissione. Scadenza 30 aprile.

PECORARA VAL TIDONE (*Piacenza*). — Condotto; L. 3100 lorde e L. 100 U. S., L. 800 ind. cav. Scadenza 31 marzo.

PETRALIA SOPRANA (*Palermo*). — Concorso ad una delle due condotte. Stipendio L. 3000 oltre assegno di L. 166.25 dell'Ospedale civile per il servizio interno. Scadenza 31 marzo.

* PIANDIMELETO (*Pesaro*). — Consorzio 1º reparto; L. 4500 lorde; tre sessenni di L. 300 ciascuno, se U. S. L. 200. Supplenza scambievole con compenso di L. 187.50 e 10 giorni di congedo straordinario. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Scadenza 10 maggio.

PRUN (*Verona*). — Condotto; L. 5500; obbl. cavalc. Scadenza 31 marzo.

RADICONDOLI (*Siena*). — Condotta di Anqua; circa 50 kmq.; ab. 1041; L. 5000 lorde per la cura piena e L. 300 d'indennità residenza; obbl. cavalc. Scadenza 15 aprile. Età limite 35 anni. Servizio entro 15 giorni.

RECANATI (*Macerata*). — Chirurgo primario; L. 5000 lorde, tre sessenni, L. 200 dalla Congregazione di carità per cura dei degenti nell'ospedale. Titoli. Assunzione entro un mese. Scadenza 10 aprile.

REGGIO EMILIA. *R. Prefettura.* — Secondo medico assistente presso il locale Manicomio giudiziario; L. 1800; titoli; domanda da L. 1.25; età massima 40 anni; statura non inferiore a m. 1.65. Residenza entro 15 giorni. Chiedere l'annunzio. Scadenza 15 aprile.

ROMA. — Il ministro della istruzione pubblica: vista la dichiarazione del presidente del Consiglio di amministrazione dell'Ospedale maggiore di Novara; decreta: ferme restando tutte le altre condizioni stabilite nel decreto 22 gennaio 1915 per il concorso al posto di assistente presso la R. Scuola ostetrica di Novara, è tolta la clausola di cui al n. 7 (obbligo della frequenza triennale in una clinica, ecc.) del decreto medesimo, che viene anche rettificato per la parte dello stipendio, che sarà, anzichè di lire 500, di annue L. 1300 oltre all'alloggio gratuito ed obbligatorio nell'istituto.

SCHEGGIA-PASCELUPO (*Perugia*). — Seconda condotta (Pascelupo); L. 2200 p. poveri e L. 1000 p. gli abbienti, lorde; L. 600 pel mantenimento del cavallo, L. 200 indennità all., L. 100 gestione a. f. Scad. a tutto 31 marzo.

SERRA SANT'ABBONDIO (*Pesaro-Urbino*). — Condotta residenziale; L. 3000 lorde pei poveri, L. 600 per semi-abbienti e L. 700 per cav.; età massima anni 45. Accettazione entro 20 giorni. Se U. S. L. 100 per a. f. Diritto ad abitazione con relativo orto mediante L. 130 annue al Municipio. Scadenza 31 marzo.

SOVIZZO (*Vicenza*). — Condotta per i poveri; L. 3000, L. 600 per mezzi trasporto e L. 300 per uff. san.; 6 aumenti del 20°. Scad. 30 marzo.

SUELLO (*Como*). — Condotta consorziale piena; L. 4100. Scadenza 11 aprile.

TAVOLETO (*Pesaro-Urbino*). — Condotta; L. 3000 lorde pei poveri e L. 550 pei semi-abbienti; L. 100 U. S.; le L. 3000 sono aumentabili di un decimo per 3 sessenni. Alloggio. L. 700 per cav. Assicur. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Abitanti 1352. Scadenza 31 marzo.

TEGLIO (*Sondrio*). — Medici 2° e 3° reparto; condotte piene; L. 4000, per ogni reparto, nette da R. M. Scadenza 31 marzo, ore 16.

TEMPIO (*Sassari*). — Condotta solo poveri frazione Luogosanto e Aglienta; armadio farmaceutico. Scadenza 10 aprile.

TORINO. *R. Manicomio*. — Uno dei due posti di medico-direttore, con sede a Collegno; L. 6000 lorde, aumento di un decimo per 5 quinquenni. Alloggio gratis riscaldato ed illuminato. Rivolgersi all'Amministrazione del R. Manicomio, via Giulio, 22. Scadenza 15 aprile.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Condotta per Preggio; L. 2866 pei pov., L. 1433.36 per gli abb., con tre sess.; L. 200 per suppl.; assicuraz.; ab. 2500. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 5 marzo.

VEGLIE (*Lecce*). — A tutto 10 apr., 2ª condotta generalità; lo stipendio è elevato da L. 2600 a L. 3000, salvo l'approvazione tutoria; sessenni per tutta la durata del servizio; assunzione servizio entro 15 giorni. Popol. super. a 4000 ab., tutta agglomerata; pianura.

Ospedale Suzzara cerca assistente medico-chirurgo, stipendio 1300 oltre proventi operazioni chirurgiche e ambulatori, alloggio personale.

Cercasi subito da giovane medico-chirurgo interinato condizioni vantaggiose, media o alta Italia. Scrivere: Zito, via Pavia, n. 8, Napoli.

Medico-chirurgo direttore Ospedale cerca interinato per la durata di un mese a convenienti condizioni. Scrivere dott. Luigi Carlini, direttore sanitario e chirurgo Ospedale di Lucignano (prov. di Arezzo).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Ci si comunica:

La prego di voler elencare tra le condotte diffidate della provincia di Treviso le seguenti: Meduna di Livenza; Segusino (paese). Grazie con ossequio

Dott. Fausto Schenardi
Pres. Sez. Trevisana dell'A. N. M. C.

Leggo a pag. 411 del fasc. 12, 21 marzo 1915, l'avviso del concorso di Pecorara Val Tidone.

Pregola pubblicare che tale concorso fu regolarmente diffidato come risulta a pag. 96 del « Bollettino Medici Condotti ».

Si prega vivamente far nota tale diffida, essendo già in corso trattative col Comune di Pecorara per riaprire nuovo e migliorato concorso.

Il pres. A. N. M. C. della Sez. Piacentina
P. Gandolfi.

È proclamata la diffida al concorso per la condotta di Fiumesino in Falconara Marittima.

La Sezione di Ancona dell'A. N. M. C. fa appello alla solidarietà di tutti i colleghi d'Italia onde sia scongiurato il pericolo che renda vana la proclamata diffida.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

BOLOGNA. Il dott. Solieri Sante è autorizzato a trasferire da Siena a Bologna la libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria.

MILANO. — Il dott. Piero Gonzales, medico primario del Manicomio provinciale di Milano, è stato dalla Giunta comunale nominato consulente specialista del Comune.

NAPOLI. — Il dott. Autore Pietro è nominato assistente in anatomia umana.

PALERMO. — Il dott. Caruso Gioacchino è abilitato alla libera docenza in clinica ostetrica e ginecologica.

PARMA. — Il dott. Monteverdi Francesco è nominato assistente volontario alla clinica psichiatrica.

PAVIA. — Il dott. Fratti Enrico è abilitato alla libera docenza in otorinolaringoiatria.

PISA. — Il dott. Sarteschi Umberto è abilitato alla libera docenza in clinica delle malattie mentali e nervose.

SASSARI. — Il prof. Luzzatto Riccardo è incaricato dell'insegnamento di materia medica.

SIENA. — Il dott. Corsini Fortunato è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

TORINO. — I dottori proff. Guareschi Icilio e Chevallsy Giovanni sono nominati membri del C. P. S.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: dott. Emilio Scafi, consigliere segretario del Comitato regionale di Roma della Croce Rossa e direttore della locale Scuola infermiere; dott. Carlo Faenza, consigliere comunale di Napoli; prof. Sorge Gaetano, degli Ospedali Riuniti di Napoli.

Uffiziali: Vallicelli cav. Antonio e D'Angelantonio cav. Ettore.

Cavalieri: Brunello Augusto, Cimino Francescantonio e Grillo Ettore, maggiori medici; dottor Biondo Vittorio di Torino; prof. Lombardi Antonio di Napoli; dott. Ernesto Cusani di Castel Campagnano (Caserta).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La questione ospedaliera a Venezia.

Il prof. Giuseppe Jona tenne all'Ateneo Veneto una lettura sul problema ospedaliero a Venezia, nella quale espose tutta la gravità delle condizioni edilizie ed igieniche dell'Ospedale del SS. Giovanni e Paolo, che ha 1400 letti mentre la sua area basterebbe a 400.

Ritenuto che tutti i lati della ospedalizzazione cittadina sono legati tra loro e che tutti devono esser tenuti dinanzi anche allorchè se ne affronti uno solo, il prof. Jona si soffermò sul problema più urgente, che deve servire di base a tutti gli altri, cioè alla costruzione di un nuovo ospedale degli acuti.

Tutto il Corpo sanitario dell'ospedale è convinto che nessun rimedio è possibile, tranne l'abbandono dell'attuale ospedale, ridando dignità di monumento al magnifico edificio lombardesco della Scuola di S. Marco e adibendo ad ospizio di cronici i più recenti reparti.

L'O., messe in evidenza le gravi difficoltà per l'attuazione della sua proposta, ritiene che per l'area, una sola sia la soluzione possibile e relativamente facile: la costruzione di una sacca in laguna, come già si fece per scopi commerciali e militari, che importerebbe una spesa piccola e forse anche nulla.

Preventivata una spesa di quattro milioni per la costruzione del nuovo ospedale sostiene che, ad esempio di altre città italiane, il problema può essere affrontato per gradi data la difficoltà che gli enti interessati possano oggi sottostare a tale somma. Non conviene attendere di più per cominciare a risolvere un problema di tanta urgenza, perchè si andrebbe incontro agli inconvenienti e allo spreco di altri inevitabili provvedimenti provvisori, sempre costosi, e che la dolorosa esperienza dell'Ospedale dimostra da condannarsi. Attendere di più sarebbe dannoso, anche perchè le trasformazioni oggi in corso nella laguna contermine, costituiscono un momento eccezionale per la sistemazione di bisogni cittadini, momento difficilmente rinnovabile e pel quale soltanto la costruzione della sacca diventa una impresa facile e forse di nessuna spesa.

Seguì alla importante ed applaudita conferenza, una breve comunicazione dell'avv. Ivancich per illustrare l'andamento e lo sviluppo del ricovero dei cronici, ed un'ampia ed esauriente discussione, che si chiuse col seguente ordine del giorno votato all'unanimità:

« L'Ateneo Veneto, coi numerosi cittadini convenuti all'assemblea, udite le letture accademiche del prof. Jona e dell'avv. Ivancich sulla « Questione ospedaliera » in Venezia ed a seguito della discussione pubblica; fa voti: che la questione ospedaliera medesima, la quale oramai reclama assolutamente una sollecita ed esauriente soluzione, per essere l'attuale ospedale inadatto ed insufficiente al suo ufficio, venga studiata sotto i suoi vari aspetti tecnico, igienico, medico e finanziario dai singoli corpi competenti e che la questione stessa venga affrontata dai diversi istituti ed amministrazioni ospedalieri, con azione concorde sotto la guida del Comune di Venezia;

« e delibera di comunicare il presente voto ai corpi ed alle autorità competenti ».

A. DIAN.

NOTIZIE DIVERSE.

Il pane unico.

Si è iniziata la produzione e la vendita del pane con farina ad alto rendimento.

Noi che abbiamo più volte sostenuto la superiorità igienica del pane bigio, non possiamo che compiacerci di questa misura, la quale risponde a un tempo alle esigenze dell'economia sociale e dell'igiene.

Ispettorato medico dell'industria e del lavoro.

Il Ministero di agricoltura, industria e commercio annuncia che ha provveduto alla istituzione dell'Ispettorato medico dell'industria e del lavoro. Tale Ispettorato ha cominciato a funzionare sotto la direzione del dott. prof. cav. uff. Giovanni Loriga, con la collaborazione del dott. prof. Luigi Carozzi, ed ha sede in Roma, via S. Susanna, 17.

Il nuovo Ufficio speciale di cui sopra, ha lo scopo di coordinare e disciplinare il lavoro per l'applicazione delle disposizioni igienico-sanitarie, di dar parere sulle concessioni e disposizioni generali relative, di compiere ispezioni o direttamente o in seguito a richiesta al fine di investigare sulle condizioni di igiene e di salubrità del lavoro.

Un corso medico sulla tubercolosi.

Dal 12 al 17 aprile 1915, presso la Clinica del lavoro di Milano, via S. Barnaba, 8, sarà tenuto un corso pratico, in cui si passerà in rassegna tutto ciò che può tornare utile al medico per riconoscere « per tempo » la tubercolosi e saranno esaminati i provvedimenti d'ordine terapeutico e profilattico da mettere in pratica nelle varie contingenze della vita professionale. Nelle ore pomeridiane di ciascun giorno, dalle 13 1/2 alle 17 1/2, avranno luogo le lezioni e le dimostrazioni sui malati; nelle ore antimeridiane, dalle 10 alle 12, le esercitazioni di laboratorio e di controllo.

Prenderanno parte al corso: il senatore professore L. Mangiagalli, « La tubercolosi iniziale degli organi genitali »; prof. L. Devoto, « Diagnostica fisica delle lesioni apicali », ed i docenti C. Bezzola, « Tubercolosi renale »; D. Cesa Bianchi, « Diagnosi biologica della tubercolosi »; F. Perussia, « Le alterazioni delle ghiandole peri-

bronchiali »; N. Ciovini, « Fattori ereditari e sociali della tubercolosi e principî di eugenica »; L. Preti, « Terapia dietetica »; C. Vallardi, « Terapia biologica »; P. D. Siccardi, « Terapia igienica e climatofisica »; Castellani, « I primi segni della tubercolosi laringea »; Castiglioni, « Le tubercolosi ossee nei loro inizi »; L. Carozzi, « Regioni e industrie più colpite dalla tubercolosi ».

Le iscrizioni si prendono presso la Clinica del lavoro in via S. Barnaba, 8, fino al 5 aprile. Non vi è tassa d'iscrizione.

Ai primi 20 medici inscritti (residenti fuori di Milano) saranno rimborsate le spese di soggiorno su di un fondo appositamente concesso dal Ministero dell'interno.

Corso di perfezionamento in igiene pubblica.

Dal 1° maggio al 30 giugno del corrente anno 1915 si terrà presso la R. Università di Pavia il XX Corso di perfezionamento in igiene e polizia sanitaria per gli aspiranti ai posti nella carriera sanitaria dello Stato e dei Comuni.

Le lezioni e gli esercizi pratici saranno impartiti sotto la direzione del prof. G. Sormani; e si svolgeranno fra le ore 10 e le 16 di ogni giorno feriale.

Laurea in medicina, od in chimica pura, od in ingegneria, in veterinaria, in agricoltura, in scienze naturali, oppure laurea o diploma in farmacia. Gl'iscrivendi devono essere provvisti di un microscopio munito di obbiettivo ad immersione omogenea e dei rispettivi accessori per lo studio dei microrganismi.

Tassa d'inscrizione lire 100.

Corso di istruzione per gli ufficiali della Croce Rossa Italiana.

Il Comitato centrale della Croce Rossa Italiana ha organizzato in Roma un corso d'istruzione teorico-pratico per gli ufficiali. Il corso si è iniziato il 22 corrente con una conferenza del colonnello di Stato Maggiore Merrone Enrico, sul tema: « Cenni sulla costituzione dell'Esercito in campagna e relativi servizi »; vi è stato larghissimo intervento di uditori.

Seguiranno conferenze di Bassi nobile Guido, presidente Comitato Croce Rossa di Milano; Mazzoni prof. Gaetano, ispettore medico p.le della Croce Rossa (colonnello); Riva Antonio, maggiore medico; Morini prof. Vincenzo, ispettore medico di 1ª classe (tenente colonnello); Margarucci prof. nob. Oreste, ispettore medico di 2ª classe Croce Rossa (maggiore); Guglielmi marchese Benedetto, commissario amministrativo di 1ª classe Croce Rossa (capitano); Scafi dottor Emilio, ispettore medico di 2ª classe Croce Rossa (maggiore); Rosatelli Nicola, maggiore del Commissariato militare; Cremonesi Pietro, ispettore amministrativo di 1ª classe Croce Rossa (tenente colonnello); Plassio Eugenio, maggiore veterinario; Brezzi Giuseppe, colonnello medico; Fulloni Adeodato, tenente colonnello medico.

Inoltre verranno tenute lezioni ed esercitazioni pratiche da: Guglielmi marchese Benedetto, commissario amministrativo di 1ª classe Croce Rossa (capitano); dott. Scoccianti Torquato, ispettore medico 2ª classe Croce Rossa (maggiore); dott. Brezzi Giuseppe, colonnello medico; prof. dott. Quattrociocchi Giuseppe, ispettore medico di 2ª classe Croce Rossa (maggiore); dott. Scafi Emilio, ispettore medico di 2ª classe Croce Rossa (maggiore); prof. Postempski Paolo, ispettore medico principale Croce Rossa (colonnello) e altri.

Propaganda igienica.

Il Consiglio provinciale di Mantova per iniziativa del dott. Angelo Paghera ha deliberato di costituire un « Ufficio provinciale di propaganda e di assistenza igienica » stanziando all'uopo in bilancio la somma di lire 12,000.

Un propagandista, in concorso del personale dell'Ufficio d'igiene e dei Laboratori del Comune di Mantova, terrà conferenze e lezioni d'igiene nei paesi della Provincia; egli sarà a disposizione degli ufficiali sanitari e dei medici condotti, per aiutarli ogni volta che ne abbiano bisogno per ricerche speciali (inchieste su epidemie, prelievi di materiale da esaminare dai laboratori, statistiche, fornitura di materiale per le conferenze, ecc.).

Nella sede della Federazione delle società scientifiche e tecniche di Milano (via S. Paolo, 10), ad iniziativa della R. Società italiana d'igiene e della Associazione sanitaria milanese, si è tenuto un corso d'igiene sessuale, gratuito.

Il programma comprendeva 5 conferenze, tenute dai professori sen. Pio Foà, Giovanni Pini, Agostino Pasini, Ugo Cerletti ed Ernesto Bertarelli sui temi: Importanza della lotta sociale contro le malattie sessuali; La blenorragia; La sifilide; La sifilide del sistema nervoso; La prostituzione e le malattie sessuali.

Il dott. prof. Domenico De Sandro, docente di clinica medica e di patologia speciale medica dimostrativa nella R. Università di Napoli, ha tenuto innanzi all'Università popolare di Napoli una serie di conferenze sulla lotta contro le malattie infettive. Vi sono intervenute diverse centinaia di cittadini di ogni classe e oltre trecento dei frequentatori hanno richiesto il certificato di frequenza.

A S. Lazzaro di Savena (Bologna), per lodevole iniziativa dell'Amministrazione comunale, si è inaugurato un corso popolare festivo di conferenze istruttive ed educative. Il prof. Pietro Condulmer, dell'Ufficio municipale d'igiene di Bologna, vi ha testè intrattenuto l'uditorio intorno all'argomento dell'alcoolismo.

A S. Ambrogio di Valpolicella si è chiuso il ciclo di conferenze d'igiene tenuto ai maestri del Comune dal dott. Francesco Novello.

Questi in cinque lezioni con parola facile ed elegante svolse i seguenti temi: « Infezioni, malattie infettive, disinfezioni, malattie infettive in particolare », « Profilassi e cura », « Struttura del corpo umano », « Alimentazione, alimenti, igiene personale », « Assistenza agli ammalati, soccorsi l'urgenza ».

Il dott. Mario Ragazzi ha tenuto una conferenza sulle scuole all'aperto nelle Università Popolari di Genova, Modena e Sestri Ponente; una sulla lotta antitubercolare nella Scuola Normale di Perugia e nell'Università Popolare di Modena.

Nuovo ospedale.

A Bolzaneto (Genova) funziona da qualche mese un ospedale dovuto alla munificenza del comm. Carlo Pastorino, che donò un proprio castello per allogarvi l'ospedale ed assicurò all'istituzione l'annua rendita di lire 12,000.

Nuovo padiglione clinico.

Si è inaugurato a Torino il nuovo padiglione della Clinica otorino-laringologica, diretta dal prof. Gradenigo e annessa all'Ospedale di San Giovanni.

Nuovo manicomio provinciale.

La Deputazione provinciale di Siracusa ha deliberato la costruzione di un manicomio provinciale. Ove non sia accolta qualcuna delle offerte di locali, pervenute dai Comuni aspiranti ad essere la sede del manicomio, si procederà alla costruzione dell'intero edificio o quanto meno ai necessari adattamenti di esso.

Trasformazione di patrimoni pii.

Un recente decreto autorizza la trasformazione delle Confraternite religiose di Cerreto (Spoleto) a favore dei malati poveri a domicilio e degli inabili al lavoro, e ne affida l'amministrazione alla locale Congregazione di carità.

La Colonia marina « Jolanda di Savoia ».

Dalla relazione per il 1914 pubblicata dall'esimio dott. Mario Flamini si rileva che, nel suo sesto anno di vita, la Colonia marina « Jolanda di Savoia » a Santa Marinella ha accolto 80 bambine deboli, linfatiche, anemiche, rachitiche o tubercolotiche, le quali hanno soggiornato nella colonia due mesi ciascuna, in due gruppi, ed hanno conseguito 48 guarigioni e 32 miglioramenti dimostrati dai dati clinici e dalle misurazioni antropometriche; inoltre la Colonia ha funzionato da sanatorio permanente accogliendo in 24 letti 34 bambini affetti da tubercolosi chirurgiche, in specie da morbo di Pott; 25 di essi sono guariti, mercè l'elioterapia ed i mezzi contentivi; 4 dovettero interrompere la cura.

I risultati non potrebbero essere più confortevoli.

Istituto pro lattanti.

A Badia Polesine è stato fondato un Istituto pro lattanti, presieduto dal dott. Antonio Matteucci. L'Istituto è manenuto da soci triennali che pagano 10 centesimi al mese, e si propone di favorire l'allattamento materno e di provvedere latte sano e ben preparato ai bambini che ne hanno bisogno. Fino ad ora vi sono mantenuti giornalmente dai 12 ai 15 bambini e nei 4 mesi di esercizio si distribuirono gratuitamente 5232 bottiglie di latte sterilizzato a bambini poveri e 1157 a pagamento a privati.

Per i bambini neuropatici.

Il Comune di Milano ha aperto un Ambulatorio gratuito per le malattie nervose dell'infanzia, presso la Scuola speciale « Zaccaria Treves » in via Vittoria Colonna, 42. L'ambulatorio funziona tutti i giovedì dalle 15 alle 16.

Opere igieniche a Bologna.

Il Comune di Bologna ha approntato un programma di lavori, regolarmente approvati dall'autorità tutoria e pei quali sono deliberati i provvedimenti finanziari, ed ora ha disposto che vengano al più presto iniziati. La spesa complessiva sarà di lire 537,000. Molti hanno carattere igienico.

Nuovi acquedotti.

Il Municipio di Mu (Brescia) ha decisa la costruzione di un acquedotto.

Compilato e approvato il progetto, è stato ora pubblicato il piano parcellare e l'elenco degli espropri.

Il Municipio di Bagni della Porretta ha deliberato la costruzione di un acquedotto allacciato alla sorgente Pozzacchera in quel Comune.

Il Municipio di Brescia ha deliberato la costruzione di un acquedotto.

Due pozzi pubblici saranno costrutti a Pistoia per deliberazione di quel Municipio: uno a Casette San Pietro, uno a Casteltrevi.

Il Municipio di Motta Monteradino ha deliberato la costruzione di un acquedotto dalle sorgenti Piloni e Fontana all'abitato.

L'Amministrazione comunale di Pelagonia ha deliberato la costruzione di un acquedotto per la captazione delle sorgenti Samo e Giardinelli.

Il Municipio di S. Giorgio Lucano (Potenza) ha deliberato la costruzione di un acquedotto dell'importo di oltre 80,000 lire.

Nuovi giornali.

Si è iniziata la pubblicazione de « La Giurisprudenza Sanitaria », che risponde al bisogno di rendere il medico edotto delle disposizioni di legge e regolamentari, delle decisioni della magistratura e dei corpi amministrativi in materia di servizi sanitari, vigilanza igienica, esercizio farmaceutico, corredandole di note di commento, di massime, di confronti con analoghe decisioni anche dei paesi stranieri; di prospettare, in articoli originali brevi, le questioni di maggiore attualità sotto l'aspetto medico-giuridico.

Sarà diretta dagli avvocati prof. V. Manzini ordinario di diritto e G. Gasparini e dai dottori G. Oliaro e V. Bono di Torino.

Vedrà la luce mensilmente.

La proprietà letteraria degli insegnamenti.

La I Sezione penale della Corte d'appello di Roma ha emesso in materia una sentenza la quale conclude con questa massima generale: « È consentito di trascrivere nella scuola, mediante la stenografia o altrimenti, insegnamenti orali del maestro; ma consentito non è di riprodurre fuori scuola gli insegnamenti come sopra trascritti o stenografati per diffonderli e venderli, sia pure al limitato pubblico degli studenti, senza il consenso dell'autore di quell'insegnamento » (*L'Università italiana*, Bologna 1914).

Per il monumento a Cesare Lombroso.

Al monumento da erigersi in Verona a Cesare Lombroso hanno contribuito scienziati di tutte le nazioni. Sarà opera geniale dello scultore Bistolfi.

Il Comitato promotore, adunatosi sotto la presidenza dell'on. Leonardo Bianchi, ha deciso, in vista delle attuali condizioni internazionali, d'intesa col Municipio di Verona e col Comitato promotore del Congresso pellagrologico, che l'inaugurazione del monumento, la quale doveva aver luogo nell'ottobre p. v. in coincidenza col suddetto Congresso, sia rinviata all'ottobre del 1916.

Una statua a Florence Nightingale.

Il 24 febbraio venne scoperta a Londra una statua della celebre eroina della carità.

Nella città di Londra è questo il primo esempio di una statua eretta pubblicamente ad una donna che non sia una Sovrana.

La figura porta una lampada nella destra. Fa parte di un monumento in memoria della campagna di Crimea, il quale sorge sulla piazza Waterloo; le spese sono state raccolte per sottoscrizione popolare di piccole quote.

Il problema dell'alimentazione in Germania.

Si è costituito in Germania un Comitato allo scopo di educare il popolo all'economia alimentare. Risulta prevalentemente di medici; ne fanno parte anche i rappresentanti di alcune società femminili, delle società d'assicurazione, ecc. Il Comitato organizza conferenze sui principî della dieta razionale e dirama circolari ed opuscoli per promuovere la campagna a favore dell'economia alimentare; fa tenere anche, da cuochi provetti, dimostrazioni pratiche.

Secondo notizie di un corrispondente della « Morning Post », dal 15 marzo la quantità giornaliera di pane per la popolazione della Germania è stata ridotta a 180 grammi.

Telegrammi da Pietrogrado annunciano che anche la razione di pane per i soldati che si trovano sul fronte è diminuita.

Il ministro tedesco degli interni ha ordinato di seminare patate e avena su tutto il terreno incolto.

Specialità farmaceutiche diffidate in Germania.

Le autorità tedesche hanno sollecitato il pubblico a stare in guardia contro alcune specialità farmaceutiche, di cui si fa una enorme *réclame* e che sarebbero destinate a proteggere le truppe contro le malattie infettive, a potabilizzare l'acqua sul campo, a conferire energia quando il cibo è insufficiente, ecc.

L'assoluzione dei medici tedeschi accusati di saccheggio.

Il Consiglio di guerra di Parigi aveva condannato, tre mesi fa, nove medici militari, farmacisti e sottufficiali appartenenti ad una ambulanza tedesca e fatti prigionieri a Lizy sur Ourcq. Tutti erano accusati di aver partecipato al saccheggio del paese. Essendo stata accordata la revisione, il processo è stato rifatto.

Uno dei medici ha dichiarato: « Quando sono arrivato a Lizy lo spettacolo era impressionante. La nostra ambulanza non poteva accogliere che duecento feriti, mentre ve ne erano mille di cui i tre quarti erano in grave stato. Abbiamo operato tutta la notte al lume di una candela. Il vino, che dite che abbiamo rubato, ci è servito a rianimare i feriti, e l'alcool a sterilizzare gli apparecchi di chirurgia ».

Le testimonianze sono state favorevoli e il Tribunale ha assolto i nostri colleghi tedeschi.

Per i combattenti accecati.

Si è costituito a Berlino un fondo per venire in soccorso dei militari che hanno perduto la vista in guerra. L'iniziativa è partita dalla signora Minden, che all'uopo ha elargito 100,000 marchi (125,000 lire it.) alle autorità municipali di Berlino.

Medici feriti in Francia.

Tra i medici feriti in Francia è il dott. Auguste Marie, medico-capo del Manicomio di Villejuif e diretore del laboratorio psichiatrico alla Ecole des Hautes Etudes di Parigi. Fu colpito da un proiettile al capo mentre curava un ferito entro una trincea.

Epidemie in Serbia.

Le malattie epidemiche, specialmente il tifo petecchiale, la dissenteria, il colera, si diffondono negli ultimi tempi in modo impressionante in tutta la Serbia. Belgrado ne risente meno, perchè in gran parte ancora spopolata ed anche il numero delle truppe concentrate nella città non è eccessivo. Le epidemie imperversano invece nell'interno del paese e fra le truppe. Le leve militari suppletorie sono per qualche tempo sospese onde evitare la diffusione del contagio con agglomeramenti di soldati e di coscritti; la circolazione dei treni per il pubblico è stata ridotta, per disinfettare i carrozzoni. A Nisch sono stati costruiti e messi in funzione due grandi forni di disinfezione; vi si possono disinfettare circa 80,000 vestiti al giorno.

Si sono creati Comitati in varie città per combattere il dilatare dei morbi; si ha l'intenzione di erigere i forni di disinfezione anche in altre città; nel giornale di Nisch « Srpske Novine », il dott. Jovanovich-Batut, avvertendo i mezzi di profilassi, rileva che ai 4 marzo negli ospedali militari serbi vi erano oltre 12,000 soldati malati di morbi contagiosi, dei quali 4157 di tifo petecchiale e 7840 di enteriti. Dai 3 ai 4 marzo, in un solo giorno, i malati di tifo erano cresciuti di 190 e quelli di enteriti di 423 casi.

In principio della guerra europea la Serbia aveva 550 medici, di questi sono morti 65, dei quali 43 in seguito al tifo petecchiale. Dei medici ammalatisi durante la guerra il 73 % morirono.

Un premio Carnegie.

Il prof. E. Pestalozza ha proposto che un premio Carnegie venga assegnato ad una scampata dal disastro marsicano, Esterina Sorgi in Gallesi, di Avezzano, che partorì sotto le macerie e provvide da sola, in quella tremenda circostanza, al parto, al secondamento ed all'assistenza del suo bambino.

La « Società dei Naturalisti » di Napoli.

Con R. Decreto è stata eretta in ente morale e ne è stato approvato lo Statuto.

Rassegna della stampa medica.

Derm. Woch., 5 dic. LEBEDEN: Lo xantoma sperimentale.

Pensiero Med., 6 dic. FORNACA: Ascesso polmonare guarito col pneumotorace artificiale. — MIRCOLI: I fenomeni reversivi dell'economia termica.

Gazz. Med. It., 5 dic. PATTA e VARISCO: Azione cardiovascolare della colina.

Gazz. d. Osp., 6 dic. GHEDINI: Mielosi aleucemiche dal punto di vista clinico.

The Journal A. M. A., 5 dic. DENNETT: L'uso del latte bollito in pediatria. — OSTHEIMER: Fragilitas ossium. — SHURLY: Oto-rino-laringologia preventiva. — KROTOSZYNER: La diagnosi roengenologia differenziale tra nefrolisiasi e tubercolosi renale. — CAMPBELL: Fasi dell'igiene ferroviaria.

Medic. Record, 5 dic. EWING: Malattie e lesioni precancerose. — WRIGHT: Eredità e predisposizione nell'assicurazione-vita. — ROBINSON: La prostatite cronica e il suo trattamento.

Mediz. Klinik, 5 dic. SCHMIDT: Le malattie reumatiche sul campo. — ADAM: Le ferite degli occhi in guerra.

Berl. Klin. Woch., 7 dic. STUTZIN: Sulle ferite da arma da fuoco. — RICHTER: Il carbonchio in guerra. — MARKS: Ricerche chemoterapiche sulla malaria degli uccelli.

Arch. p. le Sc. Med., n. 6. MICHELI e NEGRO: Sui sieri eterogenetici. — MORPURGO: Influenza della parabiosi sullo sviluppo dei blastomi da innesto.

Klin.-Ther. Woch., 30 nov.-7 dic. PALTANF: Etiologia e profilassi del colera.

The Lancet, 5 dic. GOODALL: Problemi di patologia mentale. — TAYLOR: Febbri anomale.

Münch. Med. Woch., 8 dic. FEHLING: Trattamento operativo e radiologico dei tumori benigni e maligni dell'utero. — ROTTER: Prognosi e terapia delle ferite addominali. — HANNES: L'asepsi sul campo.

Wien. Klin. Woch., 10 dic. BRUWID e ARZT: Sul colera asiatico. — GAMNA: L'esame dei tessuto emolinfatico mediante le colorazioni specifiche del sangue.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 9 dic. DE LISI: Sulla degenerazione lenticolare progressiva (malattia del Wilson).

Bull. de l'Ac. de Méd., 8 dic. ACKARD: Cura del tetano. — HARTMANN: Ferite in guerra.

Gazz. d. Osp., 10 dic. BALDUZZI e BALLERO: Valore semeiologico della reazione di Moritz-Weisz. — 13 dic. VATTUONE: Un nuovo antigeno per la reazione di Wassermann.

Lo Speriment., V (11 dic.). PEPERE: «Micetoma a grani neri» nostrale del piede. — BOLAFFI: Anemia infantile a tipo emolitico. — SERRA: Su la bronco-polmonite leprosa.

The Lancet, 12 dic. PROUGER: Insonnia e suicidio. — MC FIE: Un caso di malaria eccezionalmente intenso.

Riv. crit. di Clin. Med., 12 dic. BERTI: Il passaggio dell'urotropina nel liquido cefalo-rachidiano.

La Presse Méd., 10 dic. GODLEWSKI: Tachicardia parossistica nelle armate. — NAAMÉ: Trattamento del colera con l'adrenalina.

The Medic. Review, dic. BERRY: Diagnosi e trattamento dei tumori maligni delle ossa lunghe. — MULLER: Sintomi dell'atrofia della prostata.

Edinb. Med. Journ., dic. MC BEAN ROSS: Le neoformazioni primitive del mediastino. — FOWLER: Le malattie della nutrizione nell'infanzia.

Pensiero Med., 13 dic. TANSINI: Per la conferma di un segno clinico di metastasi intestinale del cancro del poloro. — ZUCCOLA: Pancreatite emorragica con steatonecrosi.

La Rif. Med., 12 dic. LIVIERATO: Indicazione del pneumotorace artificiale da un nuovo punto di vista. — PEPERE: Genesi della tetania infantile.

Zbl. f. Chir., 12 dic. OEHLECKER: Sull'operazione dei cosidetti falsi aneurismi.

Dermat. Woch., 12 dic. FONTANA: Sulla colorazione delle estremità del *Treponema pallidum*.

Med. Klinik, 13 dic. SCHRODER: Fratture della mandibola da arma da fuoco e loro trattamento. — COHNHEIM: L'alimentazione dei soldati in guerra.

Il Morgagni (Riv.), 12 dic. GASTALDI: Cistinuria.

Giorn. Intern. d. Sc. Med., 15 dic. PORCELLI-TITONE: Rapporto tra potere emolitico dei sieri e attività di fissazione della sensibilizzatrice. — IURA: L'azione del sapone nella sterilizazzione con la formalina.

La Stomatol., 15 dic. AURELI: Le anestesie tronculari in odontoiatria.

The Americ. Journ. of the Med. Sciences, dic. ETRAVER e SNORODEN: L'esame della funzione renale. — LYNCH e DRAPER: L'anastasi e la terapia chirurgica del colon. — HOLDING: La diagnosi differenziale roentgenologica di ulcera e di cancro dello stomaco e del duodeno.

Münch. Med. Woch., 15 dic. GROBER: Le malattie degli organi circolatori in guerra. — PETER: Sulla fine struttura dei reni.

L'Igiene d. Scuola, dic. ASCARELLI: La medicina scolastica nelle scuole comunali di Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XXII. Roma, 4 aprile 1915 Fasc. 14

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Pubblicazione di attualità:

Dott. G. MENDES - **Capitano Medico del 2° Reggimento Granatieri, già Aiuto negli Ospedali di Roma.**

MANUALE di Medicina e Chirurgia di guerra

Elegantissimo volume tascabile di circa 300 pagine, con 20 figure intercalate nel testo e una tavola a colori. — Prezzo L. 5.
Questo interessante libro che l'egregio nostro collaboratore ha cortesemente aderito di compilare pei lettori del POLICLINICO, e che nell'attuale momento acquista un'importanza tutta speciale, sarà da noi spedito immediatamente, quale

PREMIO STRAORDINARIO

a tutti quei nostri associati che aggiungeranno sole

Lire 2

all'importo del loro abbonamento per il 1915 e che lo invieranno subito mediante cartolina vaglia, **fermo rimanendo tuttavia il diritto al premio gratuito ordinario:** *Manuale di Oto-rino-laringoiatria*, che fra pochi giorni sarà pure pronto per poter essere spedito.
Gli abbonati che hanno già pagato l'abbonamento potranno ottenere il *Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra* allo stesso prezzo ridotto suindicato, purchè inviino subito una cartolina-vaglia di **L. 2 al prof. Enrico Morelli, Via del Tritone, 46, Roma.**
I nostri lettori possono formarsi un concetto esatto dell'utilità e dell'importanza di questo nostro semidono, esaminando il Sommario del Manuale, riportato nella prima pagina del Fascicolo 11°, Sezione pratica.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Dieci anni di pratica radioterapica

per il dott. CRESCENZO ESDRA

dirigente il Reparto radiologico dell'Ambulatorio centrale di cure fisiche del Municipio di Roma.

Non credo di far cosa inutile pubblicando il complesso dei risultati ottenuti dal 1905 in poi con varî metodi di radioterapia e fototerapia, su persone affette da forme morbose diverse, e da me curate in parte nell'Ambulatorio centrale di cure fisiche del Municipio di Roma. In questo riassunto ho compreso i casi da me già pubblicati nei precedenti lavori: ne ho invece esclusi tutti quelli che per insufficienza di cura non hanno potuto dare un'idea almeno approssimativa del risultato che si sarebbe potuto raggiungere; ed ho pure escluso un certo numero di malati che ancora seguono il trattamento, gli effetti del quale non sono ancora sufficientemente dimostrativi.

Dal 1905 al 1908 ho fatto uso *esclusivo* di radio, e soltanto in seguito ho cominciato a usare sia i raggi X, sia la lampada di quarzo, valendomi di questi varî metodi radioterapici sia isolatamente, sia associandoli fra loro, secondo le indicazioni e la mia tecnica personale. Vedi le seguenti tavole statistiche.

	Radio			Raggi X			Lampada Quarzo			Cura mista		
	Guarigione	Risultati palliativi	Risultati negativi	Guarigione	Risultati palliativi	Risultati negativi	Guarigione	Risultati palliativi	Risultati negativi	Guarigione	Risultati palliativi	Risultati negativi
TUMORI MALIGNI.												
Sarcomi:												
Cutanei	..	1	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..
Padiglione orecchio	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Mascellari	1	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..
Glandolari	2	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..
Base della lingua	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tonsille	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guance	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Mediastino	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..
Epiteliomi:												
Regione parotidea	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Parotide	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Palato	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Lingua	..	2	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tonsille	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Mucosa labiale	5	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Alveolo dentario	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Laringe	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guance	..	..	2	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Glandolari	..	4	..	..	1	3	.	..	..	..	..	..
Mammella	..	2	..	..	2	1	..	..	..	..	..	..
Mano	..	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..
Sterno	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..
Retto	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Pene	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Utero	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Linfoma congiuntiva	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
TUMORI A DECORSO BENIGNO.												
Papillomi:												
Lingua	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Vescica urinaria	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Caruncola lacrimale	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Epiteliomi:												
Congiuntiva e cornea	5	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Orbita	3	..	..	2	..	4	..	..	..	1	1	..
Palpebra	32	..	1	1	1	..	..	..	..	3	1	1
Naso e plica geniena	60	3	..	5	2	..	..	..	..	2	..	..
Mucosa nasale	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cute delle labbra	4	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..
Viso, orecchie, fronte, ecc.	35	5	..	2	..	1	..	..	..	2	..	..
Epulide	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Spalla	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..
Dita	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Seno (cute)	..	..	..	2	1	..	..	..	..	..	..	..
Capezzolo	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Dorso	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Gamba	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Piede	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Pene	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Encondromi:												
Orecchio	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Dito	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Osteomi:												
Dita	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..

	Radio			Raggi X			Lampada Quarzo			Cura mista		
	Guarigione	Risultati palliativi	Risultati negativi	Guarigione	Risultati palliativi	Risultati negativi	Guarigione	Risultati palliativi	Risultati negativi	Guarigione	Risultati palliativi	Risultati negativi
Ulceri croniche sospette:												
Emorroidi	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Angiomi	160	13	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Fibromi	31	5	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..
Verruche	58	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cheloidi	22	6	..	..	..	..	3	..	..	2	..	..
Acne cheloide	7	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..
Nèi:												
Nèi rossi	11	2	..	..	..	..	..	..	..	1	2	..
Nèi pigmentati	7	4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Nèi fibrosi	2	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Nèi della cornea	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Lupus eritematoso	7	7	..	..	..	..	2	4	..	2	3	..
Lupus vulgaris	20	5	..	10	4	..	2	3	..	..	3	..
Ulcerazioni tubercolari	6	..	..	1	2	..	..	..	..	..	..	..
Linfadenite:												
Linfadenite tubercolare	..	..	..	13	22	2	..	..	..	..	..	..
Linfadenite infiammatoria semplice	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..
Linfadenite da causa ignota	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Iperplasia glandolare	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Spine ventose	..	..	..	15	12	5	..	..	..	..	..	..
Dermopatie:												
Tigna (testa)	..	..	..	16	4	..	..	..	..	..	..	..
Tigna (barba)	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	..	..
Eczemi	..	..	..	7	2	..	..	..	..	..	..	..
Follicolite	2	2	..	7	2	..	..	..	..	..	..	..
Acne dorso	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Acne rosaceo	2	1	..	..	1	..	..	..	..	2	4	..
Psoriasi	1	1	..	9	5	1	..	..	..	..	..	..
Lichen ruber	1	..	..	4	..	..	..	..	..	..	..	..
Prurigine	..	..	..	2	1	..	..	..	..	..	..	..
Seborrea	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..
Area Celsi	..	..	..	..	..	2	..	..	..	2	..	..
Pseudo area Brocq	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..
Ipertricosi	6	2	4	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rinoscleroma	2	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rinofima	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Xantelasma	3	4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Morbo di Basedow	..	..	..	1	2	2	..	..	..	..	..	..
Acromegalia	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..
Leucoplasia	8	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Asma timico	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..
Nevralgie	..	..	..	7	4	2	..	..	..	..	..	..
Leucemia	..	..	..	..	7	1	..	..	..	..	..	..
Pseudoleucemia	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..
Splenomegalia	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..
Distrofie congenite e callosità	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ulceri perforanti	..	2	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Stomatite emorragica	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Gomme	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Leucoma corneale	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Sclerosi dell'orecchio, vertigine auricolare	..	10	7	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tracoma	12	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

	Totale	Malati curati all'amb. municipale
Neoplasmi a decorso maligno:	—	—
Sarcomi	15	7
Epiteliomi	43	16
Neoplasmi a decorso benigno	203	99
Angiomi	173	54
Fibromi	38	7
Verruche	58	7
Cheloidi	33	7
Acne cheloide	9	2
Néi	32	11
Lupus e ulcerazioni tubercolari	81	46
Linfoadeniti	40	37
Spine ventose	32	32
Dermopatie	112	40
Morbo di Basedow	5	4
Acromegalia	1	1
Leucoplasia	11	1
Asma timico	1	1
Nevralgie	13	12
Leucemia	8	6
Pseudoleucemia	2	2
Splenomegalia	3	3
Distrofie congenite	3	—
Ulceri perforanti	4	2
Stomatite emorragica	1	—
Gomme	2	—
Leucoma corneale	1	1
Malattie orecchio	17	—
Tracoma	12	—

In totale sono 933 malati, dei quali 390 curati nella sezione radiologica dell'Ambulatorio centrale municipale di cure fisiche.

* * *

Credo opportuno aggiungere alle tavole statistiche alcune brevissime osservazioni. E cominciando dalla questione terapeutica più grave che oggi si presenti e che affatica tutti i medici, *la cura dei neoplasmi a decorso maligno*, rammenterò come nei miei precedenti lavori abbia già accennato che in questi si potevano ottenere successi palliativi più o meno notevoli. In questi ultimi anni ho avuto occasione di fare esperienze nuove, sia coi raggi X, sia col radium, a dosi elevate e filtrati.

Dalla nota degli effetti ottenuti, risulta subito evidente la differenza dell'esito nella cura dei sarcomi e degli epiteliomi. In quelli sia col radium, sia coi raggi X ho ottenuto delle vere guarigioni che si mantengono in alcuni casi da diversi anni.

Non si può dire con questo che sia trovata la cura del *sarcoma*: perchè vi sono anzi alcuni casi assolutamente ribelli che non risentono alcun beneficio dalla cura, ma certamente intraprendendo il trattamento di essi si possono avere delle speranze di arrivare a risultati notevoli. Negli *epiteliomi* invece i miei risultati sono molto più sconfortanti. Ne ho avuti parecchi casi ed in varie localizzazioni. Ho seguìto, massime nei primi tempi, una tecnica molto mite: spesso ho ottenuto risultati palliativi, alcuni anche ottimi, tanto da far credere di esser vicino ad ottenere la guarigione, ma questi successi non si sono mai mantenuti, e le recidive locali o a distanza, più o meno rapide (che hanno poi portato all'esito letale), si sono mostrate indifferenti all'azione dei raggi X o del radio.

E di proposito ho messo fra i tumori maligni gli epiteliomi della mucosa labiale. Qui nella statistica vi sarebbe un risultato molto confortante. Ma dei 5 casi in cui ho ottenuto la guarigione completa, in 3 questa non si è mantenuta e vi è stata riproduzione rapida sia nella glandola (2 casi), sia interstiziale del labbro, pur mantenendosi la guarigione locale.

In quanto ai risultati che si ottengono nelle forme neoplastiche della *mucosa boccale*, a parer mio, tra i casi da me riportati, non ve n'è alcuno che sia guarito. In quasi tutti si è avuto un notevole miglioramento in principio ed in alcuni notevolissimo addirittura, ma la ricaduta è stata talmente rapida da far sospettare che il processo possa avere avuto perfino un acceleramento. In un caso di *epitelioma del palato*, leggerissimo e che durava da parecchi anni, si è avuta una rapida riproduzione glandolare che ha rapidamente portato la morte.

Lo stesso è avvenuto in uno dei casi di epitelioma della lingua, in cui vi era un'ulcerazione su placca leucoplastica da tre anni: ulcerazione che non aveva alcuna tendenza maligna, non emorragia, non dolori, non immobilità della lingua, non glandole. Con la radiumterapia si riuscì a portare l'ulcera quasi a guarigione, ma poi si ebbe una ricaduta rapida, con sfacelo della lingua e gravi emorragie che affrettarono notevolmente l'esito letale. Solo nel caso di epitelioma alveolare riuscii a difendere l'inferma per più di un anno; l'ulcerazione guarì la prima volta sollecitamente, e tutte le riproduzioni guarirono sempre abbastanza bene. Dopo un grave trauma subìto dalla malata si ebbe un trapianto nella pleura che l'uccise rapidamente.

Riassumendo, la radium-terapia dei sarcomi dà speranza di successo anche duraturo. Negli epiteliomi, secondo i miei risultati, si può sperare in un miglioramento più o meno notevole e passeggero, che può essere una spinta a tentare la cura, ma per ora non mi sento autorizzato a sperare in vere guarigioni, quantunque sappia che questi miei risultati e questo mio parere sieno in contradizione con quelli di molti altri autori.

Ho fatto un'altra divisione dei *neoplasmi a decorso benigno*, perchè qui i risultati sono ben

differenti. Ho distinto tra questi neoplasmi quelli della pelle in genere e quelli che sconfinando dalla pelle producono notevoli distruzioni che non mettono però il paziente in pericolo di vita.

Circa i risultati comparativi tra la cura del radio e quella dei raggi X, mi rimetto alle tavole statistiche. Non vi è molta differenza, tra le due cure, solamente col radio si possono ottenere buoni risultati dove i raggi hanno fallito. Tra le forme distruttive più frequentemente mi sono capitate quelle dell'orbita, dove, se non sempre si riesce ad ottenere la guarigione si può però molto spesso avere un arresto del processo ed una pulizia dell'ulcera che in altri modi non si ottiene. Oltre queste ho trattate altre forme fortemente distruttive sopratutto del volto, e si può dire in genere che se è difficile portarle a guarigione completa, possono però risentire un gran beneficio dalla cura del radio, o dei raggi, o meglio ancora da una cura mista, potendosi ottenere l'arresto dell'invasione dell'ulcera e cicatrizzazioni parziali. A questo proposito appunto, rammento un malato nel quale l'epitelioma aveva distrutto tutto il pavimento dell'orbita e l'osso zigomatico e si estendeva in superficie dall'osso del naso alla regione temporale e dal labbro superiore fino al sopracciglio. Con un'assidua cura di radio il progredire dell'ulcera fu arrestato e si ottenne una notevole zona di cicatrizzazione. La cura fu interrotta per morte improvvisa e accidentale del paziente; ma per quanto si fosse ottenuto un notevolissimo miglioramento, credo che difficilmente si sarebbe potuto raggiungere la cicatrizzazione completa dell'enorme ulcera.

Per gli altri *epiteliomi della pelle* i risultati sono brillantissimi, sia con i raggi X, sia col radio, ma certamente quest'ultimo agisce meglio e più sicuramente. Solo pochissimi casi non risentirono l'effetto della cura. Le ricadute non sono frequenti e per la maggior parte curabili di nuovo.

Mi piace ricordare i meravigliosi risultati che si ottengono nella cura degli *epiteliomi della palpebra*: in questi di fatti sembra quasi si ottenga una ricostruzione degli angoli palpebrali con ottimi risultati estetici e funzionali. Parimente è da notarsi la facilità ed innocuità della radium-terapia degli epiteliomi della cornea. Inutile si è dimostrata l'azione, sia del radio come dei raggi X nelle forme osteomatose.

*
* *

Gli *angiomi* li ho trattati tutti fino ad ora con la radium-terapia e in tutti si è ottenuto esito brillantissimo. I casi sono stati svariatissimi, sia per la regione (palpebra, naso, labbra, lingua, ano, ecc.), sia per il volume e la molteplicità di essi sullo stesso paziente. Per lo più trattavasi di bambini della prima età, nei quali gli angiomi erano sorti subito dopo la nascita e sviluppatisi rapidamente. A questo proposito non si potrà mai abbastanza raccomandare **il sollecito inizio della cura,** sia per la brevità di questa, sia per il miglior risultato cosmetico.

Ho dovuto pure trattare in bambini grandi e in adulti *angiomi emorragici,* con esito favorevole, e un importantissimo angioma arterioso pulsante in persona adulta, impiantato sopra una vasta ectasia di tutto il campo della mascella esterna. Altro bel caso di grosso angioma ho curato in persona adulta alla quale nel corso degli anni sopra una macchia congenita vascolare in seguito a trauma si erano sviluppati grossissimi noduli angiomatosi.

Più difficile è la cura degli angiomi puntiformi con o senza ectasie vasali circostanti. Si tratta quasi sempre di adolescenti o adulti e la difficoltà principale è data dalla probabile permanenza di piccole traccie cicatriziali o discromie che lasciano molto dispiacenti i malati. Io tratto ora queste forme con la cura mista di lampada di quarzo e radio, e anche meglio con la sola lampada di quarzo o la puntura elettrolitica.

Anche i *fibromi* della cute sono stati tutti trattati col radio. La guarigione si ottiene bene ma, data la natura del tessuto, richiede lunga cura, tanto da venire spontanea la domanda se non sia più logico e più pratico ricorrere ad una piccola operazione chirurgica.

Buoni sono i risultati della cura con i raggi X di piccoli fibromi multipli.

Le *verruche,* di qualsiasi forma, guariscono rapidamente e radicalmente, e ne ho trattati casi ribelli per lungo tempo ad altre cure, sia di verruche dure multiple, sia di verruche piane infiltrantisi anche sotto le unghie. In queste la cura del radio risolve veramente un piccolo, ma importante problema terapeutico.

I *cheloidi,* provenienti da qualunque causa, guariscono sempre, e quanto più per tempo sarà istituita la cura, tanto più essa sarà rapida, poichè il cheloide di antica data, composto essenzialmente di tessuto fibroso compatto, oppone una forte resistenza.

Solo inconveniente possono essere i residui post-operativi (telangectasie, discromie). In alcuni casi per ovviare a detti inconvenienti ho trattato i malati con i raggi violetti, sia soli, sia in unione col radium, ottenendo risultati più rapidi ed esteticamente ottimi.

Lo stesso può dirsi dell'*acne cheloide* che guarisce sempre bene, più o meno rapidamente, secondo che la lesione è più o meno recente.

In questa forma mi sembra che pur ottenendosi buoni risultati anche con i raggi X, sia preferibile e più consigliabile la cura col radio, che presenta anche meno pericolo.

La *leucoplasia* risente bene l'azione del radio, ma la guarigione non si ottiene in tutti i casi, e quando una forma si mostra fin da principio ribelle, è inutile insistere. Uno dei miei malati, con due placche, una per parte, della lingua, guarì perfettamente di una di esse, ma nulla si potè ottenere, per quanto si facesse, sull'altra placca.

I *nei angiomatosi piani* sono stati curati tutti col radio, meno due di cui parlerò in seguito. I risultati sono discreti e si può togliere la macchia rossa. Non saprei però pronunziarmi favorevolmente sull'effetto estetico. In alcuni casi questo è veramente buono. Ma non sempre si riesce ad evitare discromie di non bell'effetto; e vi è sempre il pericolo che tardivamente possano sorgere ectasie vasali sulla cicatrice che richiedano alla lor volta nuova cura di esito tutt'altro che sicuro.

Nelle forme di nèi angiomatosi superficiali mi trovo ora soddisfatto dell'uso della lampada di quarzo associata con quello del radio; e mi sembra per ora coi risultati migliori. I nèi neri, se non troppo profondi, guariscono abbastanza bene, e siccome non si riesce mai a togliere tutto il pigmento, quel residuo giova a colorire la cicatrice. Un caso di nèo congenito della cornea non ha risentito alcun effetto dalla cura, mentre un altro era in via di guarigione quando l'infermo si è sottratto alla cura.

La terapia del *lupus* colla radiologia ha certamente fatto un progresso. Oltre che con la finsenterapia che per la cura del *lupus vulgaris* è certamente l'ideale, ottimi disultati si ottengono nelle forme nodulo-ulcerose tanto coi raggi X quanto con il radio. Anche dalla lampada di quarzo e dalla lampada Bellini ho ottenuto buoni effetti, sopratutto come coadiuvanti del radio e dei raggi. Più tenaci sono le forme del *lupus planus* nelle quali (non possedendo l'apparecchio Finsen originale) mi servo della lampada di quarzo in unione col radio o con i raggi X ottenendo anche buoni risultati, che richiedono però molto tempo.

Il *lupus eritematoso* dà risultati alquanto variabili, ma non si può negare che l'azione del radio è uno dei più importanti metodi di cura che possediamo, massime quando si usa in unione con i raggi violetti.

Le *ulcerazioni tubercolari* risentono molto vantaggiosamente i benefici effetti dell'azione così del radio, come dai raggi X.

Restando nel campo delle alterazioni tubercolari, ottimi sono i risultati che si ottengono coi raggi X, nelle periostiti e osteoperiostiti tubercolari principali delle ossa piccole.

La statistica che presento sarebbe assai migliore se molti malati non avessero abbandonato la cura quando erano in via di notevolissimo miglioramento. Certo si ottiene una forte percentuale di guarigione e moltissimi miglioramenti. Solo nelle grandi articolazioni, e nelle grandi ossa e profonde, i risultati sono molto più difficili. Ho però ottenuto la guarigione di una coxite in un ragazzo di circa 10 anni.

Per la tecnica ed altre considerazioni mi riporto alla comunicazione da me tenuta nel 1910 alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma. Aggiungo ora che in alcuni casi dove ho voluto tentare una cura più intensa con applicazioni fatte con tubi duri, più lunghe e filtrate, i risultati finali sono stati meno soddisfacenti, perchè si è avuto con maggior frequenza l'esito in anchilosi e ipotrofia della parte.

Come per le spine ventose anche nelle forme di *linfoadenite tubercolare* si ottengono quasi sempre ottimi risultati fino alla guarigione completa. L'ulcerazione non è una controindicazione; anzi le forme ulcerate guariscono più rapidamente. Talvolta l'azione dei raggi produce una fusione purulenta. Questo non controindica la continuazione della cura, praticando però il vuotamente asettico del pus.

Io non uso in queste forme la cura intensiva per evitare un troppo rapido riassorbimento delle glandule, che potrebbe avere effetti gravi sulla salute generale. Oltre che nella linfoadenite specifica, ho usato il radio come i raggi X in altre forme, sia semplicemente ipertrofiche, sia derivanti da altre infezioni.

Le cure radiologiche e dei raggi violetti, isolate od associate fra loro, riescono di vera utilità in quasi tutte le forme di dermopatie croniche o subacute. E si può affermare in modo assoluto che alle volte si riesce ad ottenere brillantissimi risultati in tempo anche limitato, là dove le cure usuali le più svariate e prolungate hanno fallito. È vero che in alcune forme, data la loro inguaribilità non si ottengono che risultati palliativi, ma l'importanza di questi resta sempre grandissima, data la facilità della cura e la poca noia che questa reca al paziente. Per la scelta del metodo di cura (raggi X, radio o raggi violetti), occorre riportarsi alla tecnica personale che più fa preferire questo o quel metodo di cura. È inutile che col mio piccolo contributo insista molto sulla cura della tricofizia così della testa come della barba. È una cura ottima, soltanto bisogna tenere sempre presente ed avvertire anticipatamente i malati che, malgrado una rigorosa tecnica possono aversi in qualche caso degl'inconvenienti: principalmente

delle placche di depilazione permanente assai spiacevoli.

E questo fatto mi ha spinto a tornare e attenermi al metodo della misurazione colle pastiglie che per quanto non perfetto può coprire almeno la responsabilità professionale del medico.

Buoni risultati si ottengono nelle follicoliti, dove ho usato il radio per quelle localizzate del naso e della mucosa nasale, ed i raggi X in quelle del volto dove sono riuscito ad avere brillante risultato anche in un caso gravissimo ed estesissimo che durava da oltre 15 anni. Ottimi pure sono gli effetti della radioterapia in tutti gli *eczemi cronici e subacuti*, anche in quelli delle regioni che si mantengono più ribelli alle cure ordinarie: tanto da potersi affermare che la cura dei raggi X deve far passare in seconda linea tutte le altre cure mediche. Nella *psoriasi* invece il risultato è palliativo, che però, sia con i raggi X nei casi più estesi, sia col radio nei casi più raccolti non manca quasi mai. La durata di esso è variabilissima perchè mentre si possono avere delle guarigioni durate anche a lungo, in altri casi la ricaduta può essere rapida. In ogni modo, dato l'incomodo delle cure usuali, resta sempre un trattamento ottimo e rapido. Nelle forme di *lichen ruber* che guariscono bene, io uso di preferenza i raggi X con i quali si ottengono guarigioni senza alcun residuo cicatriziale. La prurigine essenziale anche con localizzazioni è invece più resistente, e presenta spesso delle ricadute. Nello xantelasma le applicazioni di radio portano a risultati variabili. In genere si ottengono guarigioni, ma non in tutti i casi, e alcune volte rimangono discromie di non bell'effetto.

Nella *pseudo area di Brocq*, in 2 casi curati ho ottenuto un arresto della caduta dei capelli.

I casi più insistenti dell'*area Celsi* non ottengono alcun beneficio dalla radioterapia. I raggi violetti invece hanno prodotto delle rapide guarigioni di casi che avevano resistito per molti anni alle più svariate cure. Buonissimi sono i risultati nel *rinoscleroma* e *rinofima*: soltanto un caso di rinoscleroma, però di dubbia diagnosi, non ha beneficiato della cura.

L'anno scorso ebbi occasione di presentare una nota preventiva sulla radium-terapia dell'*ipertricosi*. Per ora poco di nuovo ho da aggiungere in proposito, e mi riporto a quella mia nota.

Credo di poter affermare che quando si tratti di casi veramente gravi, o per sè stessi o per la preoccupazione che recano alle pazienti, si possa sempre consigliare la radium-terapia che presenta sulla elettrolisi i seguenti vantaggi: 1° traccie (eventuali) molto minori; 2° tempo di cura più breve; 3° possibilità di trattare casi non curabili coll'elettrolisi.

Fin dove mi è stato possibile, e particolarmente nei casi di peluria non grossa, che si avvantaggia maggiormente della cura del radio, ho cercato di ottenere l'effetto desiderato senza lasciare traccie; e se talvolta il successo è stato parziale o temporaneo, ho invece raggiunto talora pienamente l'effetto desiderato.

In ogni modo gli inconvenienti ai quali si può eventualmente andare incontro non sono mai tali da fare rinunziare ad una cura, che si è mostrata efficace in quasi tutti i casi d'ipertricosi.

Nulla di nuovo posso aggiungere sui risultati della radium-terapia sulla *leucemia e pseudoleucemia*. Nella cura del *morbo di Basedow* ho ottenuto in alcuni casi successi veramente confortanti, tanto da poter parlare di guarigione. Nella nevralgia sciatica, come si vede dalle tavole statistiche, ho ottenuto qualche volta rapide guarigioni con pochissime applicazioni. Per le altre forme notate nella statistica non vi è molto da aggiungere; e per quanto riguarda il tracoma e la cura della sclerosi dell'orecchio, non posso che riportarmi alla mia precedente comunicazione, fatta all'Accademia medica di Roma nel 1908.

Concludendo non credo necessario insistere sull'importanza della radioterapia, importanza che è da lungo tempo sufficientemente dimostrata dai buoni effetti ottenuti su malattie ribelli a cure di altro genere. La sua evidente efficacia nei casi opportuni non deve indurre però ad escludere l'uso di altre cure così mediche come chirurgiche le quali possono non soltanto aiutare utilmente l'opera della radium-terapia, ma devono talora esserle preferite. Ma a parte questi specialissimi casi che non costituiscono certo la regola, deve la radioterapia prendere il posto che ormai meritamente le spetta accanto agli altri metodi di cura.

Interessante e pratica pubblicazione:

Dott. ELIO FABBRI

GUIDA ALL'ESAME DELL'INFORTUNATO

(Manuale di Semeiotica Speciale)

Un volume di 164 pag., in-16°, con tavole fuori testo.

I nostri associati che desiderano provvedersi di questo utile manualetto, lo riceveranno prontamente spedendo alla nostra Amministrazione sole L. 2.25 mediante cartolina-vaglia, la quale dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. Enrico Morelli, via del Tritone, 46 - Roma.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'ipertensione arteriosa.

(ESMEIN. *Gaz. des hôp.*, 1914).

« L'ipertensione arteriosa è l'aumento di tutti o di parte dei valori che raggiunge successivamente la pressione arteriosa durante una rivoluzione cardiaca ».

Questa definizione apparirà esatta quando si terrà conto che l'ipertensione arteriosa non è uno di quei fenomeni che restano costanti durante un'intiera osservazione, ma, essendo il prodotto di due forze antagoniste quali sono l'energia propulsiva del cuore e la resistenza del sistema vasale, per sè stesse variabili di istante in istante, la pressione arteriosa porta come carattere d'origine la mutabilità costante e la proprietà di assumere, di sezione in sezione, valori differenti. Poichè tutti o parte di questi valori possono essere aumentati, la conseguenza inevitabile sarà la esistenza di varie specie di ipertensioni, sicchè si rende necessario conoscere sempre tutte le fasi della curva sfigmica per potere stabilire la presenza e la natura dell'ipertensione.

Ma in pratica la conoscenza completa dei valori elementari successivamente costituenti la pressione arteriosa resta ancora fra gli ideali; ed anzi fino a questi ultimi tempi non si determinava della curva della pressione arteriosa altro che il suo punto più elevato, corrispondente all'inizio della sistole ventricolare (*pressione massima* o *sistolica*). Un vero progresso è stato raggiunto con l'introduzione relativamente recente di sfigmomanometri capaci di misurare anche il valore della base della curva arteriosa, corrispondente al momento in cui il sangue lanciato dalla sistole ventricolare è scolato attraverso le ramificazioni ultime del sistema arterioso (*pressione minima* o *diastolica*).

Questi apparecchi furono presentati ai clinici sotto due forme: sfigmomanometro a manicotto ideato da Riva-Rocci e completato da Recklinghausen e oscillometro, tracciato da Marey e reso pratico da Pachon.

Contemporaneamente lo studio dell'ipertensione si trovò complicato, poichè laddove si era abituati a considerare il solo fenomeno della pressione massima, si venivano a sostituire i due valori della pressione massima e minima, capaci anche di esistere separatamente o di combinarsi in varî modi.

Non era quindi giusto continuare a foggiare lo studio dell'ipertensione tenendo calcolo di un solo ordine di fatti e confondendo tutto in esso, ma si rese necessario distinguere le varietà dell'ipertensione.

In alcuni soggetti tanto la pressione massima quanto la minima sono aumentate: si ha l'*ipertensione completa*. In altri solo una di esse è aumentata; si tratta allora di *ipertensione incompleta*, la quale evidentemente dev'essere a sua volta distinta in *sistolica* e *diastolica*.

Ecco dunque i tre tipi di ipertensione che oggi devono essere considerati, e che verranno qui successivamente trattati; l'ipertensione completa, o semplicemente ipertensione arteriosa, è la più importante e la meglio studiata, le altre aspettano ancora di essere precisate e approfondite. Forse in seguito perfezionandosi la semeiotica dell'ipertensione, si faranno altre suddivisioni, quando si metteranno in evidenza i fattori che modificano volta per volta la pressione arteriosa, come si sta facendo adesso con gli studi comparativi fra pressione e viscosità del sangue.

MISURA E LIMITI DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA.

Uno studio completo degli istrumenti ideati per la misura della pressione arteriosa e più o meno entrati nella pratica, porterebbe evidentemente troppo lontano.

Basterà quindi accennare ai due tipi predominanti: lo sfigmomanometro di Riva-Rocci, che misura la pressione comprimendo con il manicotto un punto dell'arteria ed osservando con la palpazione e con l'ascoltazione il segmento posto a valle del punto compresso, e l'oscillometro, che valuta la pressione secondo le modificazioni che subiscono le oscillazioni date da un segmento arterioso compresso, man mano che su di esso si esercita una compressione.

Vi sono fautori decisi per l'uno o per l'altro istrumento, fra i quali si è venuta quindi a stabilire una specie di rivalità. Ciò dipende dal fatto che i valori dati non concordano, essendo quelli dell'oscillometro sensibilmente più elevati.

Realmente però tutto ciò non è giusto. Non v'ha dubbio che qualsiasi istrumento adoperato sia soggetto ad errori: quel che importa invece è che l'errore commesso dall'istrumento sia costante, in modo da essere comparabili fra loro le diverse misurazioni. Orbene il Riva-Rocci e l'oscillometro posseggono entrambi questa proprietà, ed essendo migliore il primo per l'apprezzamento della pressione sistolica ed il secondo per la valutazione di quella diastolica, anzichè escludersi, si completano. Basterà che il clinico dica ogni volta di quale strumento si è servito, e ricordi i valori limiti a ciascuno di essi assegnati.

L'ipertensione sistolica nell'adulto comincia per le misure prese col Riva-Rocci, al disopra

di 14-15 centimetri di mercurio, e coll'oscillometro a ldisopra di 16-17 cm. Hg.; per i due istrumenti l'ipertensione diastolica si ha al disopra di 10 cm. Hg.

Nel fanciullo i valori sono diversi e meno bene precisati: 9 al Riva-Rocci e 10 all'oscillometro la pressione massima, e 5 la minima pel bambino; verso il 13° anno di età, 12 al Riva-Rocci e 13 1/2 all'oscillometro la pressione massima e 9 la minima.

I valori succitati sono certamente relativi, e variano per molte circostanze. Vi sono individui la cui pressione normale è per es. 16 ed altri in cui è 13; ve ne sono altri la cui pressione varia di continuo, sicchè bisogna cercare successivamente cifre concordanti.

Infine la pressione va misurata sempre nelle stesse condizioni, tenendo il soggetto coricato, lontano dalla digestione, tranquillo; e perchè la prima misura dà sempre cifre più elevate di 1/2-2 cm. occorre fare parecchie misure successive, a distanza di pochi minuti, ed assumere i valori più bassi.

LE IPERTENSIONI INCOMPLETE.

L'ipertensione sistolica semplice si riscontra sopratutto nell'insufficienza aortica, ove è sovente associata con ipotensione diastolica, e in alcuni casi di malattia di Hodgson, accompagnata o non anche qui con ipotensione diastolica. Ad essa sono imputabili molti disturbi degli aortici, quali il polso scoccante, i ronzii d'orecchi, le pulsazioni intracraniche, gli scotomi scintillanti, ecc.

L'ipertensione diastolica è indice di un sovraccarico del sistema venoso, e si riscontra nelle asistolie d'origine non ipertensiva e nelle ipertensioni portali. Il suo studio è buon indice di prognosi ed è guida nell'indirizzo curativo.

L'IPERTENSIONE COMPLETA.

a) *Studio clinico.* — È difficilmente precisabile quali siano, negl'ipertensivi cronici, i sintomi dipendenti dall'aumentata pressione, poichè questi infermi sono sempre affetti da un'altra malattia intossicante (nefrite, diabete) cui si possono fare risalire i disturbi; d'altronde lo studio dell'ipertensione transitoria, come si può osservare in un saturnino all'inizio, durante la sua prima crisi addominale, quando non si sono stabilite lesioni viscerali, urta contro l'esistenza di uno stato acuto d'avvelenamento e la transitorietà dei fenomeni.

Quindi solo con lo studio di molti ipertensivi, e prendendo i sintomi presenti in tutti o quasi, si può abbozzare il quadro dei sintomi, certo molto limitati, dovuti direttamente all'ipertensione. Noi possiamo ascrivere fra essi: la cefalea, disturbo frequentissimo quantunque vario, e per lo più occipitale; turbe oculari passeggiere, vertigini, palpitazioni, pulsazioni intracraniche, pur raramente dispnea sovratutto da sforzo, poliuria e pollacuria notturna.

All'esame obbiettivo le arterie appaiono tese, ampiamente pulsanti quando non esiste notevole ipertensione diastolica, nel qual caso appaiono rigide come fil di ferro, sinuose, non sempre sclerotiche.

Le figure sfigmomanometriche dànno 16-30 cm. Hg. al Riva-Rocci o 18-35 all'oscillometro, con una pressione diastolica di 10-18 cm. Hg. I rapporti fra pressione sistolica e diastolica possono essere varî; un forte aumento della prima fa temere emorragie, mentre un aumento della seconda porta a sospettare un'asistolia del cuore destro.

Il cuore aumenta rapidamente (come ha dimostrato Widal con gli ortodiagrammi); dapprima l'ipertrofia colpisce il ventricolo sinistro, poi diviene globale. All'ascoltazione si hanno due segni importanti: il ritmo di galoppo e l'accentuazione del II tono aortico, che diviene metallico. L'aorta ascendente è ectasica.

Lo stato generale può mantenersi ottimo, come può decadere fisicamente e psichicamente, per le lesioni arteriosclerotiche che disturbano l'irrigazione dei varî organi.

Questi i sintomi dell'ipertensione. Ma la loro estensione, intensità e durata sono varie, sicchè clinicamente si distinguono tre forme d'ipertensione:

1° *ipertensione completa permanente*: si riscontra sopratutto nei renali e nei diabetici, e spesso precede il comparire dei sintomi dovuti a queste malattie. Questa forma d'ipertensione tende a crescere progressivamente, ma non in maniera continua e regolare, ma invece per crisi, che si sovrappongono alla curva dell'ipertensione, aggravandone gli effetti su un cuore già disagiato e stanco. Termine fatale, quasi costante è la morte; in genere l'ipertensione appare fra i 30 ed i 40 anni ed uccide in pochi anni; raramente permette agli infermi di raggiungere la cinquantina e sono privilegiati coloro che si avvicinano al 60° anno;

2° *ipertensione completa transitoria*: oltre le crisi degl'ipertensivi poco fa ricordate, si possono avere periodi di ipertensioni in individui la cui pressione è normale. Così accade nei saturnini o durante la gravidanza.

La sintomatologia di queste *bouffées* di ipertensione è scarsa, la durata breve, la prognosi buona a meno che non si ripetano troppo spesso, producendo l'ipertrofia del cuore e lo stabilirsi d'una ipertensione permanente;

3° *ipertensione parziale*: è stata descritta dal Teissier, il quale ammette la possibilità che l'ipertensione si manifesti solo sul segmento cefalico, o sul toracico, o sull'addominale, dando luogo rispettivamente all'arteriosclerosi cerebrale, all'aortite e coronarite ed all'aortite addominale.

Su questa forma d'ipertensione si discute ancora: si è rimproverato al Teissier di aver adoprato l'apparecchio di Potain, che non permette di stabilire se l'ipertensione è completa o solo sistolica: così alcuni autori avrebbero trovato col Riva-Rocci la tensione sistolica normalmente più elevata sulla pedidia che non sulla radiale. Nuovi studî sopratutto comparativi, preciseranno meglio l'ipertensione parziale che ha diritto ad esser presa in considerazione.

b) *Studio etiologico.* — Per evitare le solite confusioni bisogna distinguere l'etiologia dalla patogenesi.

Varî sono i momenti etiologici. In prima linea le intossicazioni e le infezioni, e fra tutte primi il saturnismo e l'alcoolismo. Alcuni negano all'alcool poteri ipertensivi, partendo dall'osservazione che vecchi alcoolisti sono veri ipotensivi. Ma questo si spiega tenendo presente come alcuni individui vengono attaccati negli organi che primi giungono a contatto con l'alcool, cioè lo stomaco e l'intestino; lesi questi, l'individuo si avvia verso la cachessia, sicchè in essi l'alcool dev'essere fatalmente ipotensore: diversamente invece agisce negli altri casi.

La nicotina, salvo rare eccezioni, è semplice coadiuvante dell'ipertensione.

Molte autointossicazioni si accompagnano o sono generatrici di ipertensione: gotta, uremia, diabete, gravidanza.

Ogni infezione acuta pirettica può essere causa d'ipertensione, ed in *capite listae* sta la scarlattina; così alcune infezioni croniche, come la sifilide e, pare assodato, anche la tubercolosi.

Solo di rado, bene indagando, nessuna di queste cause si trova: allora si imputano, e forse con qualche fondamento, la sedentarietà e le sovralimentazione.

Assai più complicata è la questione della *patogenesi,* delicata per la molteplicità delle cause che si possono invocare, ed ingarbugliata dalla disparità dei risultati delle ricerche sperimentali.

Per l'ipertensione parossistica l'accordo si raggiunge facilmente; si parla di una lesione anatomica o funzionale dei reni o delle capsule surrenali, di uno spasmo tossico o nervoso dei vasi; varia l'importanza di questi fattori, ma è innegabile la loro presenza.

Nell'ipertensione permanente si deve invece pensare ad una causa permanente, immutabile, unica, come il quadro morboso da spiegare. Ma qual'è essa mai?

Una prima teoria, la *teoria renale,* ammette come indispensabile una lesione renale bilaterale e diffusa, la quale può anche manifestarsi solo molto tempo dopo che si è stabilita l'ipertensione; siffatta lesione eleverebbe la pressione o meccanicamente riducendo il filtro renale, o determinando un'intossicazione cronica con prodotti vasocostrittori.

La *teoria dell'arteriosclerosi periferica* ammette un'intossicazione cronica, determinante in primo tempo spasmo vasale tossico, e quindi sclerosi permanente delle arteriole.

Una terza teoria, la *teoria surrenale,* prende come punto di partenza una lesione delle capsule surrenali, con conseguente iperfunzione di questi organi, e presenza eccessiva nel sangue di principî surrenali vasocostrittori.

Singolarmente esaminate, a nessuna di queste teorie si può negare valore: ma esse anzichè escludersi, si integrano. Così, p. es., se il punto di partenza è una lesione renale, si avrà ritenzione di veleni nell'organismo, quindi sarà aumentata l'azione svelenatrice delle capsule surrenali, con maggior produzione di adrenalina, donde spasmo vasale che finirà con la sclerosi delle arteriole.

c) *Prognosi e complicazioni.* — Ogni individuo ipertensivo è minacciato di gravi malanni a scadenza più o meno lontana. Da quanto si è detto precedentemente, è difficile stabilire in maniera rigorosa quale parte spetti direttamente all'ipertensione e quale alle cause concomitanti nella genesi di questi mali: ciò che del resto non impedisce praticamente di collegarli con l'ipertensione dal punto di vista pratico.

Schematicamente i danni prodotti dall'ipertensione si possono raggruppare in quattro categorie:

1° *Complicazioni da parte dei vasi.*

Le rotture sono frequenti per la doppia ragione della sclerosi parietale e dell'alta tensione; a seconda del calibro dell'arteria rotta si hanno emorragie aortiche, emorragie cerebrali o meningee, emottisi, ematemesi, melena, epistassi, porpora.

Vi sono ipertensivi che presentano una vera diatesi emorragica, e basta il bracciale del Riva-Rocci per provocare localmente una porpora.

Le degenerazioni vasali, sotto le forme dell'ateromasia e della sclerosi, sono frequentissime, e possono alla lor volta esser punto di partenza di embolie, ectasie, ecc.

2° *Complicazioni da parte del cuore.*

La *défaillance* del cuore si manifesta con aritmie, extrasistoli, tachicardia parossistica, polso alternante. Si possono installare lesioni valvolari

o per semplice dilatazione degli orifici o per processi ateromasici impiantatisi sulle valvole.

Tutte queste lesioni cardiache sono di cattivo augurio, e si trovano al principio di una strada, che rappresentata dal progressivo abbassarsi della pressione massima, conduce all'asistolia, sia parziale del cuore destro, cogli attacchi anginosi, dispnoici, d'edema polmonare, sia totale, ad andamento acuto o cronico.

3° *Complicazioni transitorie senza apprezzabile lesione organica.*

Hanno la caratteristica di essere frequenti negli ipertensivi, passeggiere, influenzabili dalla terapia ipotensiva, e verosimilmente dovute a spasmo delle arteriole.

Sono crisi di vomito doloroso, crisi di spasmo intestinale, angina pectoris, edema polmonare acuto, asfissia acuta delle estremità, ma sopratutto forme nervose, come crisi convulsive a tipo jaksoniano od anche d'epilessia essenziale, displopie, emianopsie, amaurosi transitorie, che scompaiono con l'inalazione di qualche goccia di nitrito d'amile, ronzii agli orecchi, vertigini, cefalee specie a tipo oftalmico, afasie temporanee, forme di delirio con eccitamento o melanconia, e perfino coma.

Alcuni di questi disturbi, specie se di natura convulsiva, delirante o comatosa, preludiano alla morte.

4° *Complicazioni dovute ad infezioni secondarie.*

Quando gli ipertensivi cronici si cachettizzano divengono facile preda di infezioni o di processi infiammatori, che colpiscono specie le loro sierose pericardica, pleurale e peritoneale. Siano esse considerate di origine infettiva, tossica, o discrasica, conducono più rapidamente a morte.

c) *Cura.* — A prima vista sembrerebbe assai facile la terapia dell'ipertensione, non restando al medico che l'imbarazzo della scelta nella lunga lista dei medicamenti dotati di virtù ipotensive. Di questi alcuni avrebbero azione rapida e pressochè immediata come i nitriti (nitrito d'amile, trinitrina, nitrito di sodio), il cloroformio, il cloralio; altri più lontana e più lenta, come i joduri alcalini, il silicilato sodico, i purganti idragoghi, ecc. Virtù ipotensive avrebbero alcuni regimi dietetici, come il declorurato, il latteo, il latteo-vegetariano. Di grande ausilio si ritiene infine la terapia fisica, coi vari bagni, il massaggio addominale, l'alta frequenza, la röntgenizzazione delle regioni surrenali, le cure idrominerali.

Nondimeno per cause molteplici la terapia dell'ipertensione è spesso compito arduo, e più di tutto riesce utile lo studio del caso singolo, anzichè il criterio generico.

Di fronte all'ipertensione parossistica, bisogna intervenire immediatamente, per far cessare uno stato di cose improvviso, che disturba e lede il cuore: si ricorrerà quindi ai mezzi capaci di abbassare più rapidamente la pressione sanguigna: riposo a letto, dieta lattea ridotta, medicinali del gruppo dei nitriti (nitrito d'amile per inalazione, nitrido di sodio 5-10 cgr. *pro dosi,* soluzione alcoolica 1/100 di trinitrina X-XXX goccie *pro die,* cloralio 3-4 gr. *pro die*).

Non bastando si ricorrerà ai purganti salini o al sanguisugio, e come *ultima ratio* alla narcosi cloroformica o eterea.

Un simile trattamento, perfettamente giustificato di fronte ad individuo improvvisamente colpito da ipertensione, che dev'essere aiutato a traversare un passaggio difficile, non è punto applicabile nei casi d'ipertensione permanente. Qui, infatti, per ottenere un abbassamento di pressione duratura, occorrerebbe continuare indefinitamente nella somministrazione, ciò che non è possibile.

D'altronde se ne gioverebbe l'infermo?

Per esso infatti l'ipertensione è divenuta una seconda natura e gli è necessaria affinchè il sangue passi attraverso le arteriuzze sclerotiche o attraverso il rene mezzo impermeabile; quindi, se ben tollerata, bisogna rispettarla.

Bisogna quindi mantenere il più possibile l'equilibrio e la salute. Viene a tale scopo in prima linea l'igiene, in modo da non aggiungere nuove autointossicazioni: regime latteo vegetariano, con poca carne, niente sale nè aromi, bando agli eccitanti spastici per i vasi (caffè, tè, alcool); vita regolare e calma, modici esercizi fisici.

Oltre questi ultimi, per stimolare la cute e i vasi saranno consigliati i bagni semplici o gassosi, le frizioni alcooliche, il massaggio addominale.

Le stazioni climatiche idrominerali si consiglieranno nei casi di media gravità. Sono state raccomandate le correnti ad alta frequenza e la röntgenizzazione delle regioni surrenali.

Dei medicamenti, i più stimati, sono i joduri, oggi però molto discussi, anzi ritenuti dannosi in casi di debolezza cardiorenale o di tendenza alle emorragie.

Sono invece utili nelle ipertensioni sifilitiche, alla dose di 1/2-1 gr. *pro die.*

Commendevole la somministrazione giornaliera prolungata di 1.50 gr. di teobromina, e le frequenti purghe saline.

Quando invece il medico si trovi di fronte ad un ipertensivo scompensato, dovrà regolarsi diversamente.

Se si tratta di un accesso violento d'ipertensione, con complicazioni vasali o nervose, allora bisogna agire senza perder tempo, come

se si trattasse dell'ipertensione parossistica summenzionata; di fronte invece ad un soggetto in iscompenso con tendenza all'asistolia, si curerà la minacciante debolezza cardiaca: dieta lattea declorurata, purganti, sanguisughe. L'uso della digitale in questi casi è stato discusso, ma oggi è dimostrato che questo rimedio rende buoni servizi, e lungi dall'essere ipertensivo, abbassa sovente la pressione sistolica e quasi sempre la diastolica. Raccomandabile è anche lo strofanto.

GIUSEPPE SABATINI.

CHIRURGIA.

Esperienze sul trattamento delle ferite da arma da fuoco del cervello.

(O. MARBURG e E. RANZI. *Wien. Klin. Woch.*, n. 46, 1914).

In quasi tutti i campi della chirurgia di guerra domina, come principio fondamentale, il trattamento conservativo. La dottrina di Bergmann del trattamento conservativo delle ferite del cranio ha, dopo la guerra sud-africana, a poco a poco ceduto di fronte a tentativi di terapia più radicale. Tanto nella guerra russo-giapponese (v. Zoege-Manteuffel), come in quelle balcaniche (Clairmont, Breituer, Friedrich e Colmers) una serie di chirurghi si sono mostrati favorevoli agli interventi precoci, mentre altri, come per es., Fraenkel, si sono mostrati fedeli al metodo conservativo e alle operazioni tardive.

Gli AA. nella attuale guerra hanno finora curato 33 ferite del cranio, non calcolando 20 ferite lievi da sfioramento. Tra le prime, 19 erano ferite tangenziali, 10 erano ferite a canale chiuso e 4 ferite trasfosse; complessivamente ne furono operate 29. Delle 17 ferite tangenziali operate (3 casi di morte) 15 giunsero in clinica senza esser stati precedentemente operati, mentre 2 erano già stati operati negli ospedali da campo. Di questi ultimi, uno aveva un grosso prolasso cerebrale e morì 7 giorni dopo il secondo intervento. L'autopsia rivelò un ascesso cerebrale con meningite. L'altro era afasico e emiplegico e con la seconda operazione fu asportato un grosso sequestro. In questo caso si ebbe un miglioramento. In 9 dei rimanenti 15 casi di ferite tangenziali si trovò all'operazione un ascesso cerebrale e due morirono. Negli altri 6 non si trovarono ascessi e migliorarono.

Il secondo gruppo comprende 9 ferite a canale chiuso operate e da dividere in 2 sotto gruppi, secondo che il proiettile era profondo o superficiale. Nei 6 casi nei quali il proiettile era superficiale si ebbe un caso di morte, nei 3 casi nei quali il proiettile era profondo si ebbero 3 morti. In cinque dei sei casi del primo sotto gruppo (anche in quello letale) v'era un ascesso cerebrale, come anche in due dei 3 casi del secondo; nel 3° caso l'indicazione all'intervento fu data dai segni generali di compressione e si fece una decompressione sotto-temporale, secondo Cushing.

Del terzo gruppo fanno parte 3 casi di ferite trasfosse operate e di questi uno, che era giunto con un grave prolasso, morì.

L'A. riconosce che il porre l'indicazione allo intervento è negli stadi precoci un problema difficile, perchè la diagnosi delle lesioni cerebrali è mascherata completamente dalla *commotio cerebri*.

In seguito i segni generali delle affezioni decorrenti con disturbi di circolo cerebrale sono molto tenui — lieve cefalea, vertigini e vomiti molto rari; il polso di solito è raro. Quando scende sotto 60 il caso è grave e si accompagna con torpore psichico. Allora, secondo gli AA. si ha un'indicazione a intervenire rapidamente. La papilla da stasi non fu osservata che nei gravi prolassi e nei gravi ascessi.

Tra i segni di focolaio, i fenomeni motorî irritativi corticali mancarono quasi sempre. Tra le paralisi di moto osservate è notevole che le emiplegie e le monoplegie spesso sono flaccide e senza riflessi; ciò che forse dipende dalla concomitante lesione della corteccia sensitiva.

Importante sarebbe a stabilire in ogni caso se la sindrome constatata dipenda da un'emorragia, da un rammollimento o da un ascesso, ma disgraziatamente i segni generali che si attenderebbero nell'emorragia e nell'ascesso mancano e spesso anche gravi ascessi decorrono con ipotermia.

La radiografia in genere non svela che le lesioni e gli spostamenti ossei e la sede del proiettile.

Notevole è che quasi tutte le ferite erano infette: su 15 ferite tangenziali 9; su 9 ferite a canale chiuso 8; su 3 ferite trasfosse 3.

Tecnicamente l'intervento consistè nello scoprire l'osso ferito, nel sollevare e asportare i frammenti ossei depressi; scoprire la dura madre e dalla ferita di questa, ingrandita, aprire l'ascesso. Spesso nel suo cavo si trovano frammenti ossei e proiettili. La ferita vien tamponata; anche nei casi asettici non viene che impiccolita con pochi punti.

Il prolasso cerebrale è una delle complicazioni postoperatorie più gravi; ma a prevenirlo non bastano le plastiche. Esso dipende dall'edema cerebrale e dagli ascessi: il miglior modo di evitarlo è perciò l'aprire ampiamente i focolai di infezione.

Un'altra complicazione è data dalla fistola di liquido cefalo-rachidiano, ma questa è meno grave, guarisce spontaneamente e non richiede che la cautela di rinnovar spesso la medicatura.

Per quel che riguarda il momento dell'intervento i casi degli AA. ci insegnano molto poco, perchè giunsero in clinica parecchi giorni dopo la ferita. Essi consigliano di non operare negli ospedali di prima linea, perchè, dovendo gli operati rimanere in letto almeno due settimane dopo l'operazione, verrebbero a occupare troppo a lungo posti necessari a feriti gravi provenienti dalla linea del fuoco. Il tempo impiegato nel trasporto non va tutto perduto, perchè serve a far scomparire i fenomeni dovuti alla commozione cerebrale, e perciò la diagnosi diviene più chiara.

Su queste ragioni, delle quali gli AA. sembra che si accorgano appena, è fondata la regola che vieta l'intervento precoce nelle ferite da arma da fuoco del capo; regola buona anche in periodi di pace. Infatti chiunque abbia pratica di pronti soccorsi chirurgici avrà veduto più volte feriti, che sembravano gravi nelle prime ore, migliorare poco dopo e guarire senza interventi.

Nelle prime ore dopo il trauma i fenomeni generali dominano nel quadro sintomatologico, così che nessuno potrà con certezza dire se esistano lesioni circoscritte curabili chirurgicamente.

Nel caso che queste non esistessero l'intervento potrebbe al più avere un'efficacia decompressiva e potrebbe esser utile a asportar proiettili e scheggie. Ma è notorio che tanto i proiettili, come le scheggie, possono rimanere a lungo nel cervello senza provocar disturbi; sicchè è bene non procedere alla rimozione di esse che *in tempo e in luoghi opportuni*. Il primo scopo da conseguire è la guarigione delle ferite cutanee, perchè una ferita da arma da fuoco del capo ben difficilmente si può considerare asettica, finchè è aperta. Per raggiungere tale scopo il mezzo migliore è la occlusione asettica e io credo che, negli ospedali da campo, si farebbe molto meglio se non si facessero mai operazioni precoci: dei tre casi giunti alla clinica di Eiselsberg dopo simili interventi, due presentavano un grosso prolasso cerebrale, e il terzo aveva ancora un grosso sequestro che si dovette togliere in seguito. E tutti, meno l'ultimo, soccombettero!

Se non si riesce a far decorrere asetticamente le ferite, allora le indicazioni cambiano e la rimozione delle scheggie e dei proiettili entra nel piano operatorio non come fine, ma come mezzo per arrestare la flogosi. Solo sotto questo punto di vista l'intervento precoce non ha bisogno di raccomandazioni.

Come conclusione gli AA. affermano che danno buoni risultati operatorii le ferite tangenziali e quelle a canale chiuso, quando il proiettile è superficiale; mentre i risultati sono stati cattivi nelle ferite con proiettili situati profondamente e nei casi nei quali fin dall'inizio comparve un prolasso.

In altre parole, ciò significa che le ferite lievi danno buoni risultati anche con l'operazione precoce e che le ferite gravi e quelle infette danno risultati cattivi anche con l'operazione precoce.

G. EGIDI.

MALATTIE GENITO-URINARIE.

L'atrofia della prostata.

(MÜLLER *Corresp. Blatt der Schweizer Aerzte*, 1915).

Il Mercier fin dal 1836 aveva osservato che la ritenzione d'urina ed altri sintomi della sindrome dell'ipertrofia prostatica son dovuti talvolta all'atrofia di questa glandola. Ancora oggi spesso in casi consimili si fa diagnosi di disturbi nervosi della vescica.

Nell'ipertrofia prostatica la causa della ritenzione essendo prevalentemente d'origine meccanica, sembrerebbe impossibile a prima vista che con la prostata anormalmente piccola si possano avere gli stessi fenomeni. Il Cholzoff per il primo ha dato una buona spiegazione di questo fatto osservando che a causa delle contrazioni spastiche ripetute dello sfintere vescicale interno si può determinare flogosi e quindi retrazione dell'orificio vescicale dell'uretra, ciò che può costituire un ostacolo al deflusso delle urine. Queste contrazioni spasmotiche ed i processi flogistici secondarî hanno un'eziologia in gran parte comune colla atrofia della prostata e perciò non di rado si trovano insieme ad essa.

L'atrofia della prostata può dipendere da una prostatite di natura gonococcica per lo più, od anche tubercolare, tifoide, influenzale, pneumonica, traumatica. Può essere causata dagli stimoli o dalla compressione cronica esercitata da calcoli o tumori, o da forti accumuli vescicali di urina per stenosi uretrale. Raramente si incontra in età minori dei 50 anni. Si può avere però in età giovanile l'ipoplasia congenita, che di solito si associa al monorchismo o ad altre anomalie. L'ipoplasia della prostata può aversi dopo la castrazione, specialmente quando questa sia praticata in età impubere. L'atrofia prostatica può essere prodotta dall'azione dei raggi Röntgen: si produce con questo meccanismo a scopo terapeutico nell'ipertrofia prostatica, e perciò in questo caso scompaiono i disturbi della minzione.

La frequenza dell'atrofia prostatica è stata variamente apprezzata dagli autori: dal 2.6 % fino al 31 % al disopra dei 60 anni. Secondo il Thomson l'ipertrofia è 5 volte più frequente dell'atrofia; secondo il Dittel invece questa è due volte più frequente di quella.

La sintomatologia dell'atrofia prostatica è molto simile a quella dell'ipertrofia. La vescica, cronicamente distesa, si ipertrofizza e assume l'aspetto caratteristico *a colonne;* talvolta però la musculare si atrofizza come nel caso della ipoplasia congenita della prostata, nella quale la musculatura è incapace di svuotare la vescica perchè è molto debole. Nella ipoplasia spesso si ha l'enuresi, che può scomparire nell'epoca della pubertà, se la prostata avrà un maggiore sviluppo.

Solo recentemente è stato illustrato il meccanismo della ritenzione d'urina nell'atrofia prostatica. In alcuni casi rari, e più spesso in quelli d'origine congenita, il labbro posteriore dell'orificio vescicale dell'uretra, per la mancanza dell'appoggio che normalmente gli viene offerto dal corpo della prostata, si ripiega a valvola, sì da impedire il deflusso dell'urina. Il Trendelenburg ed altri hanno escisso questa piega della mucosa mediante la cistotomia soprapubica, ottenendo guarigione completa.

Nell'atrofia prostatica acquisita, nella quale la rigidità anormale delle pareti dell'uretra è la causa della ritenzione dell'urina, la terapia è stata quasi del tutto disarmata fino a tempi recenti. In casi d'incontinenza da atrofia sono state praticate talvolta con risultati buoni iniezioni di paraffina attorno all'uretra membranosa.

Nei casi con ritenzione è indicato il cateterismo periodico, come nell'ipertrofia prostatica; ma trattandosi di soggetti relativamente giovani, la loro sorte certo è miserevole.

I chirurghi francesi praticarono per i primi l'asportazione della prostata atrofica: nel Congresso di urologia francese fu riferito su 18 casi così trattati. Dopo i tedeschi hanno comunicato circa una quarantina di casi.

La via migliore per quest'intervento è la cistotomia suprapubica; alcuni autori però sono sempre favorevoli all'incisione perineale.

Di solito con l'esame bimanuale retto-vescicale, si riesce a palpare col dito che la prostata è più piccola del normale o manca quasi. Nei diversi casi fu trovato molto differente lo stato anatomopatologico dell'orificio uretrale interno e della prostata.

La maggior parte dei chirurgi incidono la mucosa al di sopra della prostata ed enucleano questa. In alcuni la prostata risultava della grandezza di una fava o di un pisello. In altri casi si potettero asportare soltanto dei frammenti di tessuto fibroso; in un caso non si potette asportare nulla. I frammenti asportati presentavano i loro elementi glandolari nettamente atrofici; in molti casi si riscontravano i segni di una flogosi pregressa.

In questa operazione non si può parlare di prostatectomia, perchè è impossibile enucleare la prostata atrofica. Di solito ciò che si asporta sono dei piccoli lobi glandolari ipertrofizzati o piccoli adenomi periuretrali situati attorno all'orificio vescicale dell'uretra.

I disturbi della minzione son dovuti al fatto che la prostata degenerata in tessuto fibroso costringe lo sfingere vescicale e quindi produce la stenosi del collo della vescica.

Di regola l'operazione è efficace anche se non si riesce ad asportare nulla: i sintomi scompaiono per la recisione dello sfintere, la quale non produce incontinenza perchè il costrittore dell'uretra rimane integro.

In alcuni casi l'ipertrofia del lobo medio si combina con la retrazione dello sfintere d'origine atrofica.

I risultati dell'operazione sono quasi costantemente eccellenti: la disuria scompare. La mortalità operatoria è negativa. La potenza sessuale non ne soffre. In un caso l'eiaculazione dello sperma prendeva la direzione della vescica. Soltanto raramente persiste una certa quantità d'urina residua. Se la disuria è dovuta esclusivamente ad alterazioni dello sfintere e la prostata è normale, sono stati praticati altri atti operativi, come l'operazione del Bottini, la galvanocaustica del tratto ristretto, la distensione della prostata, l'escissione di una porzione cuneiforme dello sfintere.

Strauss pratica un'incisione longitudinale e sutura la parete posteriore dell'uretra all'angolo superiore della ferita, facendo così una specie di uretroplastica analoga alla piloroplastica del Mikulicz. Zuckerland propone l'escissione totale della regione dello sfintere.

Young di Baltimora ha eseguito in molti casi un intervento speciale con un suo strumento, consistente in una specie di uretroscopio curvo come un catetere, con una larga finestra sulla faccia convessa profondamente e con una lampadina elettrica all'estremità esterna che illumina l'orificio vescicale dell'uretra. Entro questo tubo si introduce un secondo tubo, tagliente all'estremità interna. Se vi sono delle parti sporgenti nella regione dell'orificio interno dell'uretra, esse si affacciano nella finestra del tubo esterno, e vengono recise dall'estremità tagliente del tubo interno. L'A. asporta una porzione della parte centrale dello sfintere e una porzione sui due lati. Si lava quindi la vescica attraverso l'uretroscopio e si applica un catetere a doppia cor-

rente per 24-48 ore, che permetterà il lavaggio continuo della vescica. A tutto ciò basta l'anestesia locale.

L'A. ha applicato questo metodo in più di 100 casi: di 45 di essi, di cui si potettero avere notizie sei mesi dopo l'operazione, 23 erano guariti completamente, 11 quasi guariti, 7 molto migliorati, 1 leggermente migliorato, 3 senza risultato utile e senza peggioramento.

Müller ritiene che l'operazione più efficace è la cistotomia soprapubica, perchè con essa l'operatore può darsi ragione più precisa della sede della natura e dell'entità della lesione.

P. SABELLA.

PATOLOGIA GENERALE.

Sui fattori che determinano l'attecchimento dei trapianti sperimentali dei tumori tra animali di specie diversa.

Il prof. Scaffidi si è intrattenuto nella sua prolusione al corso di patologia generale su questo importante argomento al quale ha egli portato il suo personale contributo.

Come è noto, Ehrlich potè osservare che se un tumore spontaneo del topo si innesta nel ratto, esso assume in quest'ultimo animale un decorso e presenta caratteri di accrescimento che differenziano profondamente dal decorso e dai caratteri di accrescimento che lo stesso tumore presenta nei trapianti nel topo.

Dai risultati ottenuti, seguendo questi trapianti, l'Ehrlich ammise che il fatto da lui osservato dipenda dalla assenza nell'organismo del ratto, del materiale necessario, della sostanza indispensabile (che egli chiama sostanza x) alla nutrizione e allo sviluppo del tumore, sostanza che sarebbe invece presente nell'organismo del topo. Questa ipotesi porta il nome di ipotesi della « *atrepsia* ».

L'Ehrlich giunge a tale conclusione in base alle seguenti argomentazioni:

1° La impossibilità di attecchimento del tumore del topo nel ratto, non può essere dovuta alla presenza di anticorpi nel ratto, che agiscono direttamente sulle cellule del tumore, giacchè il tumore del topo si sviluppa nel ratto; nei primi giorni consecutivi all'innesto, con i caratteri normali.

2° Non può neppure ammettersi che l'innesto del tumore del topo nel ratto, provochi nell'organismo di questo animale la produzione di anticorpi specifici, nei pochi giorni durante i quali esso si accresce, giacchè in tal caso non si spiegherebbe come le cellule neoplastiche siano capaci ancora di attecchire nel topo, dopo essere rimaste per alcuni giorni nell'organismo del ratto.

3° Egli inoltre aveva osservato che si ottiene facilmente lo sviluppo del bacillo di Pfeiffer nell'agar mediante uno striscio di materiale proveniente dall'espettorato; da questo primo innesto è possibile un secondo trapianto su un nuovo terreno di cultura (agar), ma il bacillo non si sviluppa più in ulteriori passaggi, e crede che ciò si debba al fatto che una certa quantità di materiale necessario allo sviluppo del bacillo dell'influenza si porta, coll'ansa con cui si fa il trapianto, nel primo terreno di cultura e da questo ancora nel secondo, ma negli innesti successivi, per la estrema diluizione che subisce la piccolissima quantità di espettorato, introdotta con l'ansa nel primo tubo di agar, verrebbe a mancare del tutto, e a questa assenza si dovrebbe l'arresto di sviluppo del germe. Lo stesso secondo Ehrlich avverrebbe nei trapianti di tumori.

*
* *

Numerosissime sono le ricerche fatte per risolvere tale questione impostata dall'Ehrlich.

L'A. ha compiuto nello stesso laboratorio dell'Ehrlich, delle ricerche sui trapianti, adoperando due tumori il carcinoma 5 e il sarcoma 7 del laboratorio di Ehrlich, e partendo dal concetto di quest'ultimo, che cioè nell'innesto di un tumore originario di una determinata specie animale, (topo) per attecchire in una specie animale diversa dell'originaria (ratto) si ha bisogno della presenza di una determinata sostanza, (sostanza x) che si trova nella 1ª specie animale e non nella seconda, credette opportuno vedere come gli innesti dei tumori del topo progredivano nel ratto, aggiungendo al materiale di innesto, cioè al tumore, la poltiglia di un organo del topo, in cui la sostanza x, doveva esistere. Però nelle ricerche eseguite, sia quando il tumore fu trapiantato nel ratto, da solo, senza l'aggiunta di tessuto o di succhi organici della sepcie animale portatrice del tumore, topo, sia che ad esso fosse stata aggiunta la poltiglia di milza o di embrione di topo (sostanza x dell'Erhlich), i fatti si svolsero ugualmente.

Veniva dimostrato in tal modo che la causa che determina la refrattarietà di una specie animale, per un tumore appartenente ad una specie animale diversa, non è dovuta all'assenza di una qualche sostanza, a composizione e di natura ignota che esisterebbe nella specie animale che ospita il tumore e che non si troverebbe nell'organismo di animali di specie affini o diverse, ma detta causa deve ricercarsi nell'organismo della specie refrattaria.

Tranne lievi differenze l'A. quindi ritiene di potersi riannodare la questione dei trapianti dei tumori alla questione generale del trapianto dei tessuti tra individui della stessa specie e di specie diversa.

Il materiale da innesto che non attecchisce, agisce sull'organismo dell'ospite come un corpo estraneo, viene quindi paralizzata la attività proliferativa delle cellule che debbono mantenere i rapporti con l'ospite; lo innesto cade in necrosi e viene spazzato via, per un processo concomitante di istolisi e fagocitosi.

I risultati negativi ottenuti, nelle ricerche riguardanti gli innesti di tumori in animali di specie refrattaria, con aggiunta di estratti di organi di animali di specie suscettibile, e il quadro istologico che si manifesta nel punto di innesto del tumore in un animale refrattario, indicano che la mancanza di attecchimento non viene determinata dall'assenza nell'organismo refrattario di qualche cosa capace di permettere e suscitare l'attecchimento e lo sviluppo del tumore, ma dalla presenza in esso di qualche cosa che attivamente si oppone a che il tumore vi attecchisca.

Applicando l'A. i metodi di indagine di Abderhalden per la dimostrazione dei «fermenti protettivi specifici» nell'organismo di animali in cui si introducono o prendono sviluppo, sostanze proteiche non esistenti normalmente nell'organismo stesso; è riuscito a poter dimostrare, cogli esperimenti finora compiuti, che nel siero di sangue di animali refrattari allo attecchimento di un tumore spontaneo di una specie animale affine, esistono fermenti istolitici, capaci di intaccare la molecola proteica del protoplasma delle cellule del tumore stesso.

Con queste ricerche, che l'A. crede interessante siano continuate, si viene a dare la dimostrazione diretta della causa fondamentale che determina la refrattarietà dell'organismo del ratto verso un tumore spontaneo del topo, e probabilmente si potrà anche riuscire a dimostrare che la refrattarietà dell'organismo di una determinata specie animale, verso i trapianti di tessuti normali o patologici di una specie animale affine o diversa, poggia sugli stessi fattori.

G. DONZELLO.

Il fascicolo di aprile 1915 della nostra Sezione Medica conterrà i seguenti lavori:

Dott. T. PONTANO. *Controindicazioni ed indicazioni all'uso dell'arsenobenzolo nelle malattie mediche da sifilide.*

Dott. P. BIFFIS. *Esperienze clinihe con l'«Athophan».*

Dott. M. DIVELLA. *Azione del carbone animale sulla digestione peptica.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 1° febbraio 1915.

DEVOTO L. *Le manifestazioni mitraliche delle miocarditi.* — Sulla base di osservazioni cliniche, di rilievi istopatologici e di ricerche sperimentali l'O. è condotto a ritenere che le miocarditi circoscritte e benigne sono nell'uomo evenienze assai più frequenti di quanto si soglia ordinariamente ammettere. Le vedute ristrettive di coloro che vogliono fare dei rumori mitralici la espressione di un'endocardite o di una insufficienza relativa dell'ostio mitralico, prescindono appunto da quelle occasioni in cui si ha il rumore sistolico, esclusivamente mitralico, senza alcuna traccia di endocardite e senza distensione dell'orifizio. I rumori che si stabiliscono sullo orifizio mitralico in talune infezioni acute od in seguito a strapazzi fisici notevoli o dopo marcie imponenti di più giorni, vengono diversamente interpretati, ma le interpretazioni non sono sostenute da documentazioni precise, sia quando si vuole che il rumore per un certo periodo dell'infezione reumatica, sia di natura anemica e poco dopo sia indice di un processo endocarditico, mentre non raramente si hanno alterazioni miocarditiche più o meno estese, sia quando dopo strapazzi intensi o marcie defaticanti il rumore viene qualificato come espressione della dilatazione del ventricolo sinistro o di una rottura delle valvole mitraliche.

L'interessamento episodico del fascio di His in talune infezioni in cui ricorrono appunto alterazioni miocarditiche, e che poi prendono una piega favorevole, conferma che in clinica si deve fare una parte più larga ad una condizione miocarditica di tendenza benigna, che può essere accompagnata tanto da un soffio mitralico in primo tempo, quanto da un aumento di volume del ventricolo sinistro; essa costituirebbe quindi una specie di patologia intermedia od interposta da una parte tra ciò che è realmente di natura inorganica e dall'altra tra le endocarditi, che nella grande maggioranza dei casi accettati vengono associate quando non vi sieno dati per ammettere il fattore anemico o ragioni così gravi da far pensare alla distensione dell'orifizio mitralico. Di conseguenza l'O., tenendo conto anche delle ricerche sperimentali di Cesa Bianchi sulle miocarditi da fatica grave, conclude che nelle forme infettive, in talune intossicazioni, negli strapazzi gravi ecc., il ru-

more sistolico, che si ritiene alla dipendenza dell'orifizio mitralico, deve fornire motivo ad altri e maggiori controlli clinici e a particolari rilievi d'ordine grafico per stabilire se esso può essere o no alla dipendenza di una lesione miocarditica, per cui viene mal provveduto alla chiusura sistolica dei pizzi mitralici, come, del resto, qualche volta venne in passato supposto in casi di forme infettive.

BUSCHI G. *Un caso di tumore cistico del rene.* — L'O. espone un caso di adenoma cistico, sviluppatosi nell'interno del rene sinistro, in una donna di 23 anni.

Il tumore, data la presenza di cisti nella parète del bacinetto e la struttura dell'epitelio, trae origine, con tutta verosimiglianza, da canali collettori aberranti del rene definitivo.

PERUSSIA F. *Servizi radiologici da campo.* — L'O. considerate le attuali condizioni dei servizi radiologici da campo in uso presso la Sanità militare e la Croce Rossa d'Italia, dimostra come risultino insufficienti per il disimpegno di un servizio di radiologia di guerra, modernamente inteso, gli odierni apparecchi someggiabili di scarsa efficacia e come sia necessario vengano ad essi aggiunte unità più complete e più potenti, pure trasportabili, quali si possono attuare con automobili radiologici.

PRETI. L. *L'ossigeno e l'anidride carbonica nel sangue degli uricemici.* — L'A. partendo da sue osservazioni precedenti che l'anidrire carbonica tanto *in vitro* che *in vivo* è in grado di modificare il metabolismo dell'acido urico, nel senso che la presenza in eccesso di anidride carbonica fa aumentare l'acido urico, ha dosato l'ossigeno e l'anidride carbonica nel sangue di uricemici. I risultati ottenuti consentono di affermare che negli uricemici l'ossigeno è diminuito e l'anidride carbonica è aumentata rispetto agli individui sani. Questi reperti corredati con altri precedenti sono tali da far pensare se l'anidride carbonica non sia un coefficiente patogenetico dell'uricemia.

Seduta del 22 febbraio 1915.

GUERRINI G. *Contributo alla fisiopatologia della inanizione.* — Riprendendo la vecchia questione del perchè gli organismi denutriti siano meno resistenti alle malattie infettive, ha indagato il comportamento della capacità fagocitaria dei leucociti in relazione con l'inanizione. L'O. ha osservato non soltanto che i leucociti provenienti da animali affamati posseggono un potere fagocitario assai scarso, ma che nel siero di sangue degli animali affamati sono presenti delle sostanze le quali portate in contatto con leucociti freschi di animali della medesima specie, ne paralizzano, fino quasi ad annullarla, l'attività fagocitaria.

VALLARDI C. *Osservazioni intorno ad un caso di sarcoma angiomatoso pleuro-polmonare.* — L'A. riferisce intorno ad un caso di sarcoma angiomatoso metastatico pleuro-polmonare di piccolissima dimensione, che *intra vitam* aveva determinato emorragie con formazione di un enorme coagulo sanguigno nella cavità pleurica di sinistra. Alla presenza di questo coagulo, che prendeva rapporti con la pleura mediastinica sinistra era dovuta la sindrome clinica di tumore del mediastino offerta dal paziente.

Dott. CESA-BIANCHI.

Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del gennaio 1915.

Presidenza: A. BENNATI.

BOSCHI e ANDRIANI. *Combinazioni di malattie mentali con malattie nervose (Ipobiotrofie primitive sistematiche combinate).* — In questa prima comunicazione sull'argomento, gli AA. prendono le mosse da una concezione del Pellizzi sulla natura di alcune forme di idiozia, quelle che egli chiama « ipobiotrofie primitive sistematiche spesso combinate ». La combinazione, almeno in potenza, della ipobiotrofia di parecchi sistemi costituirebbe essa pure un carattere di affinità delle forme psicopatiche colle forme nervose degenerative sistematiche più note.

Gli AA. descrivono in questa prima nota tre combinazioni: di atrofia muscolare neurotica (atrofia muscolare progressiva tipo Charcot Marie) con demenza precoce; di polineurite con psicosi maniaco-depressiva; di polineurite con psicosi alcoolica cronica paranoide.

Come il Pellizzi intuisce l'affinità di quelle sue forme di idozia dette sopra con certe malattie mentali, quali la demenza precoce ed anche la psicosi maniaco-depressiva; gli AA., in conformità con tali vedute, sulla base di varie argomentazioni e dello studio clinico diretto, interpretano associazioni morbose come quelle da essi descritte, nel modo che segue:

« La combinazione di psicosi con forme neurologiche ipobiotrofiche primitive sistematiche rappresenta un grado di passaggio fra psicopatie, da una parte, e forme neurologiche ipobiotrofiche primitive sistematiche, dall'altra; e perciò indica nella psicopatia appunto una natura di affezione ipobiotrofica primitiva sistematica spesso combinata ».

P.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La benzaldeide-reazione d'Ehrlich nelle cardiopatie.

Il reattivo è così composto:

Dimetilparamidobenzaldeide . . gr. 8
Acido cloridrico concentrato . » 80
Acqua distillata . . . . . . » 200

Si aggiungono a 5 cmc. d'urina fresca da poche gocce a 5 cmc. del reattivo agitando il tubo di saggio continuamente. Compare una colorazione che va dal rosa al rosso, e che può mostrarsi sia subito ed a freddo, sia con ritardo o riscaldando leggermente. Se si ha una colorazione bruna la reazione è negativa.

L'intensità della reazione si può apprezzare aggiungendo una o più gocce di formolo (35 %). Quanto più la reazione è intensa, tanto maggiore è il numero delle gocce di formolo da usare per impedire la produzione della reazione. L'urotropina ingerita, la presenza d'ipoclorito nei vasi che conservano l'urina, impediscono la reazione: nessuna influenza invece dimostra il contenuto dell'urina in glucosio o in albumina.

La presenza di acetone rende la reazione positiva, ma allora l'aggiunta di formolo non è capace di farla scomparire. Ma se si scalda il tubo, il colorito diviene giallo-brunastro: se essa è veramente positiva diviene più intensa.

La reazione è dovuta alla presenza di urobilina nelle urine e indica l'esistenza di corpi pirrolici: è positiva e permanente nelle malattie febbrili; nelle tubercolosi avanzate, nell'enterocolite, nelle cirrosi, nelle degenerazioni epatiche, in generale in tutte quelle malattie in cui è lesa o funzionalmente deviata la cellula epatica.

Secondo Gravaudan essa ha buona importanza nelle malattie cardiache (*Thèse de Paris*), quale esponente dell'impedimento circolatorio e della sofferenza della cellula epatica.

È compagna ordinaria delle dilatazioni del cuore destro, delle affezioni mitraliche, delle miocarditi.

Nelle lesioni aortiche si presenta solo in occasione delle crisi edematose od asistoliche. Può essere utilizzata la reazione sia dal punto di vista pronostico che dal punto di vista curativo: se dopo la cura scompare definitivamente prognosi favorevole; se la scomparsa è passeggera, indica l'instabilità dell'equilibrio cardiaco; la sua comparsa fa talora prevedere il ritorno d'una crisi iposistolica. La sua persistenza anche a malgrado di un miglioramento nelle condizioni generali è di prognosi riservata. *t. p.*

CASISTICA.

Patologia ed etiologia dell'ulcera duodenale.

1° L'ulcera duodenale è malattia frequente, che spesso passa inosservata.

2° Sebbene la sua diagnosi di regola sia pronta, l'ulcera cronica del duodeno può talora decorrere senza alcuno dei suoi sintomi caratteristici, e il primo sintoma che rivela questa « esistenza silenziosa » è talora la sua perforazione.

3° L'ulcera silenziosa del duodeno si trova con maggiore frequenza nei soggetti arteriosclerotici, ed ha sede nella massima parte dei casi sulla parete posteriore del duodeno.

4° Alcuni fattori tossici ed irritativi, di provenienza addominale (colon, appendice), sono in larga proporzione compagni in casi di ulcera cronica del duodeno.

5° Probabilmente molti casi di ulceri acute duodenali sono ulcere primitive dei follicoli linfatici provenienti dalla rottura di follicoli linfatici infiammati.

6° Qualunque sia la causa primaria dell'ulcera gastrica o duodenale, lo spasmo della tunica muscolare è un importante fattore per determinare la sua cronicità.

7° Altre cause che contribuiscono alla cronicità e alla recidiva dell'ulcera sono la situazione di essa, siano della parete anteriore o della posteriore, in una zona di confine, in aree irrorate insufficientemente dall'arteria sopraduodenale, e le facili infezioni.

8° La deficienza d'irrorazione può essere dovuta all'arteriosclerosi, ma con ogni verosimiglianza essa è abitualmente in rapporto con lo spasmo della parete muscolare del duodeno, indotto da una leggera anemia locale che consegue allo stiramento dei vasi sopraduodenali; tale spasmo muscolare è favorito dall'aumento del tono vasale e dallo stato irritabile del nervo autonomo che in simili casi si riscontra.

9° La prevalenza dell'ulcera duodenale nel sesso maschile è spiegata dalle condizioni anatomiche. Nell'uomo il piloro è relativamente alto e il duodeno strettamente fissato, mentre nella donna il piloro è più basso e il duodeno lassamente fissato; ne proviene che in questa la trazione si esercita sulla parte sinistra del ligamento epatogastrico (o sospensorio), in quella parte cioè che contiene l'arteria coronaria; l'anemia e il consecutivo spasmo si esercitano quindi sulla parete della piccola curvatura dello stomaco; nell'uomo la trazione si esercita sul legamento epatoduodenale, che contiene l'arte-

ria sopraduodenale; quindi anemia e spasmo a carico della prima porzione del duodeno; si spiega così come nella donna sia più frequente l'ulcera della piccola curvatura, mentre nell'uomo è più frequente l'ulcera della prima porzione del duodeno.

10° La fissità del duodeno nel maschio inoltre è causa predisponente, poichè così la prima porzione del duodeno è esposta lungamente ad uno stimolo improprio quale è l'acidità del chimo gastrico, non diluito, per l'impedito rigurgito, dalla bile e dal succo pancreatico.

t. p.

(P. D. WILKIE. *Edimb. med. Journ.*, sett. 1914).

Ulcera cronica dello stomaco e del duodeno.

Il Mayo in un articolo riassuntivo pubblicato recentemente negli *Annals of Surgery* riporta i risultati della sua esperienza nel campo della chirurgia delle ulceri gastriche duodenali. In un primo periodo che va dal 1893 al 1900, operazioni nello stomaco si facevano solo in caso di stenosi pilorica completa. In un secondo periodo che va dal 1900 al 1906 l'opera del chirurgo fu utilizzata allo scopo diagnostico: il periodo che va invece dal 1906 al 1914 è un vero rinnovellarsi della chirurgia gastrica in base ad una serie di criterî diagnostici nuovi e di nuovi indirizzi terapeutici.

Solo recentemente si è messa in rilievo l'importanza di un'anamnesi accurata per la diagnosi e si sono potuti utilizzare a tale scopo tutti i nuovi dati della tecnica fisica, mentre si è compreso il valore molto relativo di tutte le ricerche chimiche su cui si era voluto troppo sottilizzare. Data la frequenza della trasformazione di un'ulcera cronica in cancro si è cominciato ad allargare il campo delle indicazioni operatorie per ulcera semplice.

Dalle statistiche dell'A. risulta che degli ultimi mille casi operati, il 74.8 % era costituito da ulceri del duodeno ed il 25.2 % di ulceri gastriche. La sede più frequente dell'ulcera gastrica è la piccola curvatura specialmente nella parete posteriore: non è rara nella parte opposta un'altra ulcera (ulcera da contatto). Ulceri multiple dello stomaco ovvero doppia ulcera gastrica e duodenale esistono in circa il 5 % dei casi.

La guarigione, al difuori di un intervento chirurgico, può considerarsi eccezionale, sebbene con una cura medica razionale possano esistere delle lunghe soste nei sintomi quasi in ogni caso; si tratta però sempre d'individui esposti al pericolo di un'emorragia, di una perforazione o di degenerazione neoplastica. L'operazione da preferirsi è l'escissione a causa della possibile degenerazione neoplastica, sebbene per la guarigione dei disturbi basta la gastroenterostomia.

ALESSANDRINI.

TERAPIA.

La cura dei foruncoli col getto d'acqua calda.

Nessuno dei trattamenti finora in uso contro il foruncolo (cataplasmi, tintura di odio, iniezioni di ossigeno, vasellina ittiolata, ecc.) riesce a calmare il dolore, abbreviare la durata, prevenire le recidive e le rinoculazioni, ottenere una buona cicatrice. Il Salles preconizza nella doccia d'aria calda il metodo terapeutico meglio rispondente a questi scopi. (*Journal des praticiens*, n. 2, 1915).

Azione anestetica. — Il calore attutisce il dolore; bastano alcuni minuti di applicazione per calmarlo.

Azione battericida. — Lo stafilococco aureo cessa di crescere a 44°, e bastano dieci minuti a 58°-62° per uccidere le sue culture; se invece è protetto da sostanze albuminoidi, esso si difende anche per alcuni minuti a 100°, diventando più resistente al calore. Il calore a 70°-75° può essere ben tollerato; a temperature più elevate produce dolore, e può essere tollerato soltanto a brevissimi contatti, i quali però possono essere più volte ripetuti. L'aria calda possiede un'azione deodorizzante ed emostatica spiccate, utili quando si debba disinfettare e distruggere un antrace gangrenoso.

Azione cicatrizzante. — Il calore accelera il processo di cicatrizzazione e la formazione della crosta. Le cicatrici ottenute con l'aria calda sono sempre estetiche, ciò che rende questo metodo veramente prezioso quando il foruncolo abbia sede per esempio nella faccia.

L'A. ha ottenuto risultati sempre eccellenti in sette casi di foruncoli, 6 di antrace, e 5 di foruncolosi. In media sono state necessarie tre sedute per i foruncoli curati prima della suppurazione, due e talvolta una sola negli altri.

La guarigione si è ottenuta dai 5 agli 8 giorni. Per l'antrace la guarigione è costante dopo 1-4 sedute.

Il migliore apparecchio è quello di Gaiffe che riscalda elettricamente. È munito di un bottone di pressione per mezzo del quale si può lanciare la corrente d'aria calda attraverso la cannula d'uscita, o pure si può lasciarla sfuggire fredda attraverso un foro posto a monte della resistenza.

Essendo la temperatura portata secondo i casi a 150°-300°, si avvicina la cannula a 1/2 cm. dalla

punta del foruncolo, e si lancia bruscamente la corrente d'aria calda, interrompendolo tanto più presto quanto il calore è più elevato. Si ripete questa manovra per quante volte si ritiene necessario, e si termina con una doccia anestetizzante di più minuti a 70°.

Durante la giornata il foruncolo si ingrossa, ed è raro che dopo la seconda seduta non cominci a suppurare.

Questa fase progressiva del foruncolo è meno dolorosa per l'azione della doccia d'aria calda.

Nell'antrace, se si tratta di una forma gangrenosa, si porta la temperatura a 600°-700°. Se si deve prolungare l'intervento, occorre anestetizzare l'infermo.

Al di là dei 75° il dolore che si provoca è vivo. Tuttavia esso non è molto più intenso a temperature altissime.

Queste sono ben sopportate, purchè si riduca al minimo la durata dei contatti, che si proteggano le regioni vicine contro l'irradiamento, che si intercali fra un getto e l'altro d'aria scottante una doccia a temperatura più mite (a questo scopo basta allontanare ed agitare l'apparecchio).

Terminata l'operazione, si ricopre la ferita semplicemente con garza spalmata di vaselina o impregnata di glicerina cocainizzata.

P. S.

Cura semplice ed efficace delle scottature.

G. Kuss (*Journal des praticiens*, 1914) stigmatizza l'errore generale di ricercare sostanze chimiche cheratinizzanti, epidermizzanti per la cura delle scottature. Non è il medicamento topico, è l'infermo stesso che cicatrizza: e però basterà metterlo in buone condizioni locali che gli permettano di fabbricare l'epidermide per la cicatrizzazione della scottatura.

Molteplici sono gl'inconvenienti delle solite medicazioni delle scottature. In generale la regione scottata viene ricoperta direttamente con compresse di garza, le quali aderiscono ed imprimono il disegno della loro trama alla superficie granulante della piaga. Per la medicatura successiva, esse non si potranno allontanare senza produrre dolori vivissimi all'infermo, tali da destare in esso un vero stato di fobia per le medicature ed un esaurimento nervoso che è più specialmente pericoloso nei bambini, nei vecchi, nei deboli.

L'allontanamento delle compresse inoltre produce emorragie ripetute, che aumenteranno il deperimento dell'organismo, e distrugge ancora l'epidermizzazione avvenuta dopo l'ultima medicatura, portando via con la garza gran parte di quella sottile cuticola biancastra e quasi trasparente che circonda la piaga e che ha tanta importanza nel processo di cicatrizzazione delle scottature.

Per ovviare a questi inconvenienti sono state proposte preparazioni oleose e corpi grassi, che senza dubbio aderiscono meno alla piaga e meno facilmente producono emorragie. Ma presentano un altro grave inconveniente: sotto lo strato grassoso od oleoso della medicatura, il pus si accumula perchè non è più assorbito dalle compresse, invece sarà riassorbito dalla piaga e determinerà spesso elevazioni febbrili della temperatura.

Per essere veramente razionale la medicazione delle scottature deve rispondere a questi requisiti: non essere dolorosa, non produrre perdite di sangue, non favorire il ristagno del pus a contatto della piaga.

Da molti anni Quénu impiega un metodo che soddisfa alle condizioni suesposte. Previa disinfezione della pelle circostante, si deterge la superficie scottata spremendovi sopra dolcemente dei tamponi di cotone imbibiti di soluzione tepida e molto tenue di sublimato (1 per 10-12,000). Quando la superficie è ben detersa, si ricopre direttamente con un pezzo di *protettivo di Lister* (*silk-protective*), tessuto impermeabile, non aderente, facilmente adattabile. Con le forbici si fanno nel protettivo prima di applicarlo tante piccoli distanti in media 1 cm. l'uno dall'altro, che permetteranno il drenaggio dei prodotti di secrezione verso le compresse di garza.

Il protettivo è sterilizzato con l'ebollizione e poi bagnato in soluzione fisiologica prima di applicarlo sulla superficie scottata. Anche la garza sarà appena umida di soluzione fisiologica per assorbire meglio i prodotti di secrezione. Al disopra delle compresse, si metterà uno strato di cotone: sarà inutile ricoprire con tela impermeabile.

Questa medicazione dev'essere sempre pazientemente ripetuta tutti i giorni, talvolta due volte al giorno, fino a completa cicatrizzazione della piaga. Si comincierà l'esposizione della piaga all'azione dell'aria, quando sarà ridotta a piccole dimensioni.

P. S.

Le vaporizzazioni iodate nelle escare da decubito.

Nel trattamento delle ferite chirurgiche il Longe ha introdotto l'uso delle vaporizzazioni iodate, producendo i vapori di iodio dalla combustione di iodoformio. Il metalloide allo stato nascente è più efficace della tintura di iodio, la cui azione è turbata dalla coagulazione delle sostanze albuminoidi sotto l'influenza dell'alcool.

Il Courbon le ha esperimentate nella cura delle lesioni da decubito, e conclude che le vaporizzazioni iodate sono per lui il trattamento di scelta delle escare, preferibili a tutti i topici più usati sotto forma di polveri o di pomate.

Si lava accuratamente la piaga, e poi si vaporizza fino a che l'escara sia disseccata e ricoperta di una polvere grigiastra a riflessi metallici, e quindi si copre con garza e cotone e si fascia. Si medica così due volte al giorno.

Un tampone di cotone arrotolato all'estremità di una bacchetta di legno si immerge in una bottiglia contenente la polvere di iodoformio e se ne impregna, e si accende così ad una lampada senza buciarlo, in modo da avere lo sviluppo dei caratteristici vapori violetti; lo si avvicina quindi ad un centimetro al disopra della piaga ricoprendolo con un bicchiere da urina come fosse una campana per raccogliere e mantenere i vapori. Terminato lo sviluppo di vapori, si rinnova il tampone e si ricomincia l'operazione, fino a che l'escara non si dissecca e si copre di pagliette iodate.

Bisogna mettersi al riparo da correnti, e tenere la lampada molto vicina alla regione da medicare prima di accendere il cotone, per evitare un disperdimento di vapori e l'irritazione degli occhi dell'operatore. È bene non servirsi di strumenti nichelati, perchè il nichelio si deteriora con l'iodio.

Con un po' d'attenzione è facile sottrarsi alla azione caustica dei vapori. La colorazione in giallo della pelle e della biancheria si pulisce con la semplice insaponatura.

I vantaggi del metodo consistono nella semplicità d'applicazione, nella modicità del prezzo della medicazione, nella efficacia terapeutica. La cicatrizzazione è rapida.

Eccellenti risultati si sono ottenuti nelle escare da decubito dei glutei e nel mal perforante.

P. S.

Cura dell'epitelioma cutaneo con l'acido salicilico.

Weinbrenner ha trattato l'ulcus rodens mediante l'applicazione di acido salicilico puro sulle parti malate, e coprendole poi con Pflaster all'ossido di zinco ed al 20 % di acido salicilico. I detriti venivano rimossi ogni 2-3 giorni, si detergeva la superficie con soluzione d'acido borico, e si applicava di nuovo l'acido salicilico.

Ne risultava un arrossimento e rigonfiamento delle parti circostanti, ed il tumore si trasformava in un detrito rosso grigio aderente, che dopo 2-3 giorni facilmente veniva eliminato. Nel corso ulteriore della cura, gli effetti del medicamento erano più profondi ed estesi, con maggiore tumefazione alla periferia. Eliminati i detriti, i bordi dell'ulcera si presentano intaccati ed irregolarmente tagliati.

La cartilagine può essere intaccata, ma per lo più essa, come pure i vasi, è relativamente resistente. Nel caso di una donna di 64 anni, nella cura di epitelioma dell'ala del naso con questo metodo, terminato il periodo distruttivo, il tessuto cartilagineo e muscolare rimase allo scoperto, come per una dissezione anatomica.

Il dolore per questa cura è notevole, tanto più se il processo di distruzione si prolunga. Alla prima applicazione dell'acido salicilico cristallizzato, si produce soltanto un dolore lieve, che diventa considerevole dopo 12-24 ore, e diminuisce poi di giorno in giorno, a seconda della suscettibilità individuale. In un caso l'assorbimento dell'acido salicilico fu dimostrato per la sua presenza in notevole quantità nelle urine.

L'azione dell'acido salicilico è elettiva per il tessuto cancerigno, come risulta dall'andamento del processo di distruzione là dove l'epitelioma ha una configurazione speciale, come quando interessa il naso e la regione sottorbitaria.

La durata di questa cura per i piccoli tumori è di 1 1/2 a 3 mesi, all'incirca, di otto mesi nell'epitelioma della parete addominale.

p. s.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(648) *Cura dell'alopecia circoscritta.* — Prego indicarmi nella « Posta degli Abbonati » qualche rimedio notoriamente efficace nella cura dell'alopecia circoscritta (Area Celsi).

Gavoi (Sassari).

Dott. Giovanni Porcu.

L'elettricità (corrente faradica), i bagni salini, gli eccitanti locali (spazzole d'acciaio, oppure gli stimolanti chimici: tintura di capsico, crisarobina, catrame, ecc.; gli empiastri vescicatorii, ecc.) sono i mezzi più in uso. Anche i raggi X e sopratutto i raggi ultravioletti, sarebbero utili. La crisarobina o l'acido pirogallico (aumentando con cautela la concentrazione da 0.1 al 10 %) sotto la forma di unguento o in soluzione (alcool, cloroformio) sono i preparati locali più in uso. È superfluo raccomandare prudenza nell'uso di tali medicamenti irritanti e saggiare la sensibilità del soggetto con le dosi più leggiere. Fare attenzione alle congiuntiviti da criserobina. È consigliabile l'epilazione ai margini dei singoli focolai.

V. MONTESANO.

(469) *Sulle azioni secondarie dell'arseniato di ferro.* — Pregola usarmi la cortesia di spiegarmi quanto segue:

Praticando delle iniezioni di arseniato di ferro, mi capita spesso di osservare disturbi gastrici, specialmente vomito, tanto che taluni ammalati rifiutano di continuare la cura. A che cosa va attribuito questo inconveniente? È conseguenza dell'azione del rimedio? Ci sarebbe modo di evitarlo? Con anticipati ringraziamenti.

Abbonato n. 1150.

Ella intende riferirsi, probabilmente, all'arseniato di ferro citro-ammoniacale, così detto arseniato di ferro solubile.

Riteniamo che si tratti d'intossicazione medicamentosa, poichè i fatti irritativi del sistema digerente, tra i quali è il vomito, sono costanti nelle intossicazioni da arsenico.

I casi del genere sono abbastanza frequenti nella pratica.

L. V.

(470) *Sulla cura della corea.* — All'egregio collega C. M. da L.

Una cura moderna, di non difficile applicazione e che, secondo l'autore dottor Archibald, ha dato ottimi risultati nella cura della corea, è la tonsillectomia. Legga in proposito il riassunto fatto sul Morgagni (Riviste Parte II) della Soc. Editrice Libraria. Milano, del 1° gennaio 1915, riportata dal St. Paul Medical Journal.

Demonte, 1 febbraio 1915. L. Zerbini.

(471) Prego codesta spettabile Redazione d'indicarmi qualche pubblicazione di autore italiano o tradotta che tratti delle *Radicoliti* in genere e di quelle lombari in ispecie.

Con tanti ringraziamenti. Abbonato 3343.

Consulti il trattato delle malattie del midollo spinale di Descrine e Thomas, che fa parte del nuovo « Trattato di medicina e terapia » di Gilbert e Thoinot, tradotto da Mattirolo e pubblicato dalla Unione Tipografico-Editrice Torinese.

D.

(472) Le sarei grato se potesse favorirmi risposta a mezzo della « Posta degli abbonati » alle domande che seguono.

1° Quale è il mezzo migliore e più comodo per riconoscere se l'olio di oliva è puro?

2° Quale mezzo per riconoscere la mescolanza con olio di cotone, lino, ecc.?

Abbonato N. 643.

Legga il parere dato nel volume del 1913, fascic. 30, per una stessa domanda, e l'articolo pubblicato nell'anno XVII, fasc. 28, rubrica igiene: « Ricerca degli olii di semi nell'olio di oliva ».

E. C.

VARIA.

Dell'atteggiamento mentale del medico in presenza del suo malato. — È un fatto indiscutibile che lo scopo di ogni terapia dovrebbe essere quello di riconquistare all'organismo malato il perfetto equilibrio delle proprie funzioni: a questo dovrebbe sempre volgere lo sguardo ogni pratico che, per essere *buon medico,* sentisse la necessità di essere un *buon fisiologo.* Per questo appunto, in ogni cura, come non si deve perdere di vista lo stato generale attuale del paziente, così si deve dare opera affinchè questo stato, che non può non essere patologico, si trasformi in uno stato generale fisiologico.

L'immagine di quest'ultimo, del perfetto equilibrio funzionale psichico e fisico dell'organismo, dovrebbe saldamente fissarsi nella mente del medico ogni volta che si trova davanti a un edificio psicofisico da restaurare o, addirittura, da ricostruire. Per tale restauro e per tale ricostruzione è necessario che l'immagine mentale della *salute* diventi famigliare al medico ben più di quella *dello stato morboso* che, invece, il più delle volte ne assorbe esclusivamente l'attenzione. Solo orientando la propria funzionalità psichica verso l'immagine della perfetta salute, dell'armonia costituzionale e funzionale dell'organismo, potrà il medico esercitare sul paziente un influsso psichico che agirà salutarmente anche sul fisico di lui. Giacchè è proprio l'immagine della disarmonia, della propria irregolarità e impotenza funzionale quella che, invadendo completamente il campo psichico del paziente, ne paralizza le buone energie che ancora gli restano e forma un ostacolo non lieve alla sua risurrezione.

Il medico dovrebbe far sentire il meno possibile al malato la sua condizione di malato, e dovrebbe invece illustrargli a lungo e mettergli bene in vista la sua capacità a ritornare sano. Gioverà certo moltissimo che il linguaggio, i pensieri stessi del medico, in presenza del suo paziente, assumano un *atteggiamento fisiologico* anzichè, diremo, patologico. In tal modo anche nella mente del paziente l'immagine del *normale* verrà a sovrapporsi gradualmente a quella dell'anormale, che vi si è stabilita, sì, per opera della malattia, ma molto più per i cattivi influssi provenienti dall'ambiente e, perchè no?, non di rado dal medico stesso. Ad ogni paziente dovrebbero per opera del medico divenire famigliari le frasi e le idee di *benessere, salute, regolarità delle funzioni* e simili, che questi dovrebbe trasfondere in lui con una continua e oculata azione suggestiva.

L'immagine di un organismo che funziona bene, di una macchina umana i cui pezzi sono

in ottimo stato e la mandano mirabilmente dovrebbe dominare il campo mentale del medico per trapiantarsi in quello del suo paziente. Dovrebbe ogni buon terapeuta far convergere l'attenzione e la concentrazione mentale dei suoi soggetti su persone il cui stato di salute è dei più floridi, e il di cui aspetto esterno rivela l'interno equilibrio fisiopsicologico: tanto meglio se il medico stesso possa offrire un'immagine di tale equilibrio, se a lui cioè non si possa rivolgere, per alcuna ragione, il classico *medice, cura te ipsum!*

La *distrazione* e la *trasformazione dell'energia psichica* che sono due potenti strumenti di cura dovrebbero appunto a questo fine venire adoperate da un medico accorto. La volontà di lui dev'essere concentrata allo scopo di fissare definitivamente nella propria psiche l'immagine del *sentirsi bene,* dello *star bene;* il suo linguaggio stesso deve essere improntato a tal fine: parli egli meno che può della malattia al suo paziente, gli parli più che può dello stato di salute a cui lo deve ricondurre.

È ben chiaro tuttavia ch'egli dovrà condursi in modo, così operando, da orientare col suo influsso, la mente del paziente verso la salute e l'equilibrio fisiologico, non per illuderlo e, tanto meno per accrescere il suo avvilimento, come di uno che misura la distanza tra il suo stato e quello normale a cui forse quello dispera di potere ritornare: ogni confronto in tal senso accrescerebbe la depressione psichica prodotta dallo stato morboso. Non è un confronto che si deve fare, ma un avvicinamento che si farà sempre maggiore sino a divenire un'immedesimazione la più perfetta possibile. Il medico dovrà adoperare tutta la sua efficacia suggestiva e concentrare tutta la sua volontà per persuadere il paziente che chi pensa al bene morale e fisico con fede e perseveranza lo potrà conseguire con molta maggiore facilità di chi pensa al male per combattere il male.

Tale sostituzione di uno stato psicofisiologico allo stato psicopatologico del malato dovrà tuttavia essere fatta con oculatezza e potrà solo effettuarsi fin dove l'esame delle sue condizioni *reali* farà vederne la possibile attuazione. È pure naturale poi che il medico non potrà fin da principio delineare in modo esatto e completo nella mente del suo soggetto il quadro del perfetto equilibrio fisiologico.

Come in ogni ramo della terapia ordinaria non è sempre dato arrivare fin dal bel principio ai più perfetti risultati, così anche qui bisognerà procedere passo passo, in modo che tale orientamento psicofisiologico avvenga gradualmente, senza brusche scosse o pericolose improvvisazioni. In tal caso sarà sempre bene cominciare dall'*idea dello star meglio* prima di arrivare all'*idea dello star bene;* e la ripercussione mentale prodotta da ogni miglioramento fisico dovrà anch'essa possibilmente concentrarsi su di *un'immagine alla volta.* I pazienti si troveranno così spesso, al principio, in preda a tanto numerosi disturbi psichici e fisici che sarà malagevole, non solo di creare, ma anche di sostituire nella loro mente altrettante immagini psicologicamente sane e salutari, come sarà malagevole avere ragione lì per lì dei mali *fisici* che li affliggono.

Le regole che dovranno guidare allora il medico nella sua psicoterapia fisiologica saranno quelle stesse che dovranno guidarlo nella terapia rivolta all'organismo fisico. Sarà quest'ultima che darà l'impronta mentale, che indicherà l'orientamento psichico da assumersi dal terapeuta e da fare assumere al paziente. Secondo l'indirizzo che si darà in prevalenza all' cura che chiameremo fisica, si dovrà pur dare la preferenza a un indirizzo psichico piuttosto che ad un altro.

Così, per esempio, negli stati di depressione, di esaurimento, nelle convalescenze, ogni volta che si dovrà dare alla terapia ordinaria un indirizzo *ricostituente,* dovrà il medico riempire la propria mente di immagini tali che proiettate suggestivamente su quella del paziente la orientino verso la ricostituzione del suo organismo che precederà la funzionalità normale. L'idea di sentirsi gradualmente più sollevato, più libero, più forte; quella di avviarsi verso il normale funzionamento di tutti i suoi organi, di riacquistare i propri gusti, le proprie inclinazioni, di provare un senso di benessere sempre più intenso e prolungato, devono, mercè la volontà del medico, invadere sempre di più il campo mentale del suo soggetto e stabilircisi infine in permanenza. La mente del terapeuta dovrà concentrarsi, in tal caso, su tali concetti schematici fondamentali: « Il — mio — soggetto — si — rigenera; — egli man — mano — riprende — le — sue — forze; — il — suo — organismo — si — rifornisce; — funziona — con — più — vigore — con — più — energia; — la — sua — ricostituzione — progredisce — sempre — più — intensamente ».

Imbevendo sè stesso con convinzione di questi concetti, il terapeuta, con il suo aspetto, con le sue parole, col suo operare, eserciterà sul suo soggetto un *influsso ricostituente,* non inferiore, il più delle volte, a quello prodotto psichicamente e anche fisicamente da tutti i ricostituenti che possa offrire la farmacologia la più ampia. L'azione suggestiva ricostituente del terapeuta dovrà stimolare sempre più l'attività psichica del paziente facendolo entrare nel suo

stesso ordine di idee, sino a che anche nella sua mente vengano a impiantarsi i concetti: « Io — mi — rigenero; — man — mano — riprendo — le — mie — forze », ecc.

Le cautele tuttavia da usarsi in queste circostanze non saranno, ripeto, mai troppe: esse dovranno contribuire a limitare l'azione psichica diretta dal terapeuta a tutti quei casi soltanto nei quali emerga ai suoi occhi la possibilità anche lontana di un miglioramento *reale* nelle condizioni generali e speciali del soggetto. Tale limite sarà, il più delle volte, segnato dalle vere condizioni specifiche *anatomo-patologiche* del soggetto, giacchè, allo stato attuale delle cose non si potrebbe riuscire, per quanto io mi sappia, con tutta l'energia psichica possibile a mettere in moto un muscolo, per esempio il cui nervo motore fosse reciso!

Ma a parte queste considerazioni e tenendo conto del fatto che, quando si può utilmente esercitare, l'influenza mentale ha sul fisico un'azione anche maggiore di quella che si potrebbe immaginare, io ritengo che compito di ogni medico che volesse dare anima e vita all'arte sua e non ischeletrirla nei ristretti confini di un formulario terapeutico qualsiasi, dovrebbe essere appunto quello di studiare sempre e in ogni caso sè stesso e dare alla sua mente quell'orientamento che fosse richiesto dalle singole circostanze. Molti medici si fermano e a lungo sull'impressione che fa ad essi il malato; ma quanti, diciamolo francamente, si curano di ricercare l'impressione che *fanno essi* al malato? Se ogni medico studiasse con perseveranza il proprio meccanismo mentale e gli influssi che da questo si proiettano sui suoi soggetti, avrebbe già in sè la stoffa di un buon psicoterapeuta.

È da augurarsi pertanto che tali verità, le quali in altri paesi sono entrate nel comune dominio mentale dei medici seri e coscienziosi, comincino a farsi strada anche tra noi e che l'atteggiare la propria mente in un modo piuttosto che in un altro venga considerato anche dai nostri medici non solo un mezzo terapeutico utile, ma addirittura indispensabile.

(Da *Psiche*, 1914, n. 3).

STEFANO STEFANI.

Pubblicheremo prossimamente:

PONTANO, *Pseudotetano da setticoemia diplococcica;*

TIMPANO, *Sindrome di Raynaud.*

TACCONE, *L'amigdalite ulcero-membranosa;*

ERCOLANI, *Lo sforzo del cuore e sue conseguenze.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

REINHARD OHM. *Venenpuls-und Herzschallregistrierung als Grundlage für die Beurteilung der mechanischen Arbeitsleistung des Herzens nach eigenen Methoden.* August Hirschwald. Berlin 1914. Mk. 5.

In questa monografia Ohm espone le sue ricerche sul polso venoso giugulare, ricerche eseguite con un metodo ideato da Czermak, applicato da Bernstein e da lui notevolmente perfezionato. Esso consiste nella registrazione fotografica di un raggio luminoso riflesso da uno specchio davanti al quale si muove una piccola leva in rapporto con la vena. Le ondulazioni del polso giugulare, riflesse dallo specchio, vengono così registrate da un apparecchio fotografico.

L'Autore sarebbe in questo modo penetrato più addentro nello studio del polso venoso e per meglio interpretare le varie fasi delle curve egli ha quasi sempre inscritti, oltre al polso carotideo, i toni del cuore. Tuttavia i tracciati, salvo la loro eleganza, non sembrano presentare particolari nuovi e questi non diversificano in fondo da quelli visibili sopra delle buone curve ottenute con il metodo ordinario. Un particolare merita però una speciale menzione. Sulle numerose grafiche di Ohm l'onda *c* (*s* dell'Autore) appare quasi fin dall'inizio della sistole ventricolare o in ogni modo precede di un intervallo sensibile il polso della carotide. La spiegazione dell'asincronismo nell'apparizione di quest'onda nei due casi devesi forse cercare nella diversità del metodo impiegato.

Ohm registra infatti, esclusivamente, i movimenti della vena, egli ottiene quindi un'onda nettamente protosistolica alla stessa guisa di Fredericq, i cui ben noti tracciati sperimentali traducono solo le variazioni della pressione venosa.

Come aveva tentato precedentemente Bard, Ohm tenta pure di utilizzare il polso venoso da un punto di vista diagnostico. Dalla presenza di certe modificazioni nei sollevamenti e nelle depressioni del tracciato, egli vorrebbe dedurre un criterio per l'apprezzamento dell'attività meccanica del cuore destro, ossia del suo potere funzionale. Egli descrive quindi alcuni tipi di polso venoso:

Un tipo A, in cui la piccolezza dell'onda auricolare tradurrebbe la debolezza della sistole dell'orecchietta, mentre la presenza di una profonda depressione diastolica ventricolare starebbe a indicare il funzionamento relativamente buono del ventricolo.

Un tipo B, caratterizzato da una forte ondulazione auricolare la quale proverebbe un'attività esagerata dell'orecchietta.

Un tipo C, in cui la piccola onda dell'orecchietta e l'assenza quasi della depressione diastolica ventricolare esteriorizzerebbe la diminuita attività del cuore destro *in toto*.

Infine un tipo D ben conosciuto il quale altro non è che il polso venoso positivo.

La monografia di Ohm segna un passo nel tentativo di risolvere una parte del problema che riguarda il potere funzionale del cuore, problema che tanto interessa il clinico. Essa è certo interessante e illustrata con ottime grafiche.

C. PEZZI.

G. RAIMOLDI. *I metodi per lo studio delle funzioni renali*. Tipogr. Editrice Nazionale, 1914, Roma.

Problema sempre nuovo, se si consideri che ogni metodo trova in una critica demolitrice ed insaziabile la spinta a modicazioni ed innovazioni; problema sempre interessante l'esame funzionale del rene, di cui medici e chirurgi si sono serviti a modificare ipotesi e sistemi di cura, a scrutare l'esattezza della diagnosi e delle indicazioni operative. E sebbene l'indice bibliografico che l'A. riporta mostri quanto sull'argomento sia stato scritto e da quanti autori, non meno interesse desta il volume in cui, con bella opera sintentica, sono sotto l'occhio del lettore passati in rapida rivista tutti i metodi d'indagine, e giudicati nella tecnica e nei resultati con parsimonia ed avvedutezza; in cui sono controllati alcuni metodi con una esperienza fatta non solo di casi numerosi, ma bene ed accuratamente studiati: l'A. s'è fermato specialmente a considerare la *K* di Ambard, i coefficienti di Martinet, il metodo dell'eliminazione provocato per mezzo della ftaleina.

La competenza dell'A. in questo genere di ricerca rende prezioso il libro per il giudizio sicuro, a chi voglia formarsi un concetto esatto dei metodi d'esame funzionale del rene e del loro valore.

t. p.

G. LUCIBELLI e G. SCALA. *Gli stati tiroidei sperimentali*. Napoli, Stab. Tipografico F. Ruggian, 1914.

È opera lodevole quella degli AA., i quali vogliono portare un contributo alla conoscenza degli stati d'iper-, d'ipo-tiroidismo sperimentale, degli stati successivi alla cura opoterapica: l'esperimento è stato, nella storia della medicina, uno dei più validi ausilî per la clinica.

Dopo una larga rivista sintetica sulle conoscenze endocrinologiche moderne, specialmente riguardanti la tiroide, gli AA. espongono il risultato delle loro esperienze su cani parzialmente o totalmente stiroidati, o su cani nei quali si provoca con varî espedienti lo stato ipertiroideo.

Lo studio ha di mira le modificazioni della nutrizione, il reperto ematologico, la resistenza dei globuli rossi, il potere bactericida e l'indice opsonico, la pressione osmotica, la viscosità, la tensione superficicale, la conducibilità elettrica, la pressione cardiovascolare, il reperto istologico.

Come studio sperimentale è completo ed utilissimo: eguale utilità per la clinica forse non può attribuirsi al lavoro; e gli AA. stessi lo ammettono, quando riconoscono che « nell'alterazione voluta dal ricercatore, mancano tutte quelle condizioni che la rendano paragonabile al quadro morboso clinico ».

t. p.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

VISCONTINI CARLO. — Infantilismo e sindrome di Fröhlich da tumore dell'ipofisi. — Milano, 1914.

CAZZANIGA A. — Infortunio. Morte in compendio durante la degenza ospitaliera. Liquidazione di lesione personale. — Perugia, 1914.

DEL VECCHIO GIORGIO e GURRIERI RAFFAELE. — Le Università italiane e gli studenti stranieri durante la guerra. — Bologna, 1914.

PISANI M. — Cura del tracoma e della cheratite vasculosa superficiale (panno grasso della cornea) con l'autosiero-terapia. — Cosenza, 1914.

PERUSSIA FELICE. — RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano. Clinica delle malattie professionali. Il Laboratorio radiologico nel quadriennio 1910-14 (Rendiconto). — Milano, 1914.

CASSANELLO RINALDO. — Il mio primo anno di esercizio chirurgico all'Ospedale Civile di Spezia. Relazione morale e clinico-statistica. — Spezia, 1914.

Atti del I Congresso degli Ordini dei medici del Veneto in Venezia, 10-11-12 luglio 1914. — Venezia, 1914.

CÀLLARI I. Considerazioni cliniche sul morbillo. — Torino, 1914.

CAZZANIGA A. Nota sul potere emolitico degli estratti acquosi delle capsule surrenali. — Siena, 1914.

RANELLETTI A. Lo stato e i metodi delle statistiche della morbilità e mortalità operaia in Italia. — Roma, 1914.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La questione ospedaliera di Napoli.

Con un fervore inusitato il Consiglio comunale e quello provinciale di Napoli hanno ampiamente discusso un problema grave che incombe su tutta la vita del Mezzogiorno: la questione dell'assistenza ospedaliera.

Il Consiglio provinciale, dove solo poche voci sorsero non a difesa delle amministrazioni degli ospedali, ma a diminuire la portata delle accuse che contro di esse si erano fatte votò a grande maggioranza un semplice quanto eloquente ordine del giorno presentato dall'on. Lucci: « Il Consiglio provinciale constatato lo stato di inciviltà degli ospedali di Napoli passa all'ordine del giorno ».

Successivamente il Consiglio comunale dedicò tre intere sedute alla discussione dell'importante problema, alla quale presero parte i più noti clinici di Napoli. Furono messe a nudo tutte le piaghe, tutte le brutture, fu descritto a colori impressionanti tutto il marasma nel quale vanno languendo gli ospedali di Napoli, furono indicati tutti i rimedî atti a riportare gli istituti di cura della più popolosa città d'Italia ad uno stato di decenza e di decoro degno di una città civile.

La agitazione, che è mantenuta sempre viva dal giornale « Il Pensiero Sanitario » nel quale il collega Capasso sta combattendo una bella, vigorosa campagna, si va allargando. La quistione sarà portata alla Camera dagli on. Ciccotti, Lucci, Cucca, Rodinò che hanno già presentato al ministro dell'interno le opportune interpellanze, ed al Senato dall'ex-ministro Leonardi-Cattolica.

Abbiamo detto che il problema ospedaliero che ora si tenta di risolvere più che esclusivamente napoletano è un problema meridionale. Napoli benchè da oltre cinquant'anni abbia cessato di essere la capitale del regno delle due Sicilie, ha continuato ad essere il cuore pulsante della vita meridionale, il centro dove convengono tutte le energie del Mezzogiorno, dove si assommano tutte le deficienze delle provincie dell'antico regno. Chi compulsa la recente pubblicazione del dott. Levati sulla distribuzione delle istituzioni ospedaliere in Italia non può notare senza una triste impressione come Napoli sia ancora l'unica città del Mezzogiorno che abbia dei grandi ospedali. Questi ospedali che dispongono solo di 2000 letti (mentre Milano ne ha 8620, Roma 6709, Firenze 4537, Genova 4170, Torino 4100, Venezia 2700) devono provvedere all'assistenza degli infermi non solo della provincia di Napoli, ma degli infermi di quasi tutte le provincie meridionali.

Lo stato igienico-sanitario di queste provincie è tutt'altro che soddisfacente: sono comuni per lo più privi di fognatura, parecchi con scarsa o anche senza acqua potabile, flagellati dalla malaria, inquinati ora a mezzo degli emigranti dalla sifilide e dalla tubercolosi; sono comuni dove ogni legge igienica, date anche le deplorevoli condizioni economiche e morali, è inapplicabile. Questi paesi con morbosità certo non bassa mandano ogni anno verso la metropoli migliaia di infermi bisognosi di assistenza ospedaliera.

Napoli è per il numero dei passeggieri il primo porto d'Italia: vi transitano diecine di migliaia di emigranti che nel viaggio di andata o di ritorno lasciano sistematicamente il loro contributo agli ospedali.

Date queste condizioni di ambiente si dovrebbe supporre a Napoli una larga disponibilità ospedaliera: viceversa essa è fra le grandi provincie d'Italia quella che ha assolutamente e relativamente il minor numero di ospedali, il minor numero di letti.

Per quanto l'amministrazione dei beni ospedalieri a Napoli non possa citarsi come modello di rigidità, pure è certo che le rendite non sono sufficienti ai bisogni ed anche per questo lato Napoli sta molto giù molto giù in confronto delle altre regioni d'Italia. Mentre la Lombardia ha per i suoi ospedali un'entrata di 11 milioni, il Piemonte ed il Lazio 5, Napoli per provvedere all'assistenza ospedaliera di quasi tutta la popolazione del Mezzogiorno deve contare sulla rendita di sole 2,300,000 lire.

Tutto ciò fa sì che le condizioni degli ospedali napoletani siano veramente indecenti, indecorose, indegne della nostra civiltà.

Ve n'è qualcuno, citiamo l'ospedale dei Pellegrini, dove l'ordine è perfetto, l'igiene più che rispettata, l'assistenza agli ammalati inappuntabile. Ma la maggior parte sono un'offesa permanente non diciamo all'igiene, ma ad ogni senso di pulizia, di umanità.

Chi ha avuto la sventura di penetrare in quell'antro di malefizî che è il così detto ospedale di Loreto, conserva ancora un senso di ribrezzo. Tutto è intonato alla più nauseante sudiceria, e benchè l'oscurità regni sovrana pure il sudiciume sprizza da ogni lato, da ogni cosa. Quello che più meraviglia si è come in quel luogo oltre che i poveri, tormentati infermi pos-

sano metter piede dei medici. Non parliamo dell'assistenza ai malati: abbandonati a loro stessi, o alle poco benevoli cure degli infermieri, marciscono sui materassi marciti dalle escrezioni dei precedenti infermi, gemono inutilmente molestati, dissanguati da ogni sorta di insetti.

Nè più confortevoli sono le condizioni del massimo nosocomio, che già col suo nome, *gli Incurabili,* avvisa gli infermi della sorte che li attende. Nulla di più raccapricciante di quel che offre qualche sala di questo istituto. Il reparto chirurgico, e qui lascio la parola al collega Capasso, non è una sala, ma un immenso terrorizzante androne in cui si accumulano taluni giorni fino ad un centinaio di ammalati di tutte le malattie, di tutte le origini, in maggioranza tubercolosi, ammalati cronici, traumatici, erniosi, pleuritici, infermi di gangrena, infermi di neoplasmi. Tutta la patologia fermenta in quell'immenso androne, gelido, fumido per la prossimità della cucina, umido senza tramezzi, senza difese, senza ripari. In fondo al budellone v'è una saletta da operazioni che è una vergogna, preceduta da un chiassuolo per lavabo che è un ludibrio. In questa sala operatoria si debbono praticare non solo gli interventi di pronto soccorso ma altresì le operazioni settiche e asettiche che occorrono nella sala, le amputazioni per gangrena e le cure radicali di ernia, le osteomieliti tubercolari e le gastro enterostomie. E quando l'infermo è stato operato per le più gravi operazioni cavitarie, dopo pochi minuti viene restituito al suo letto, nell'androne, al vento, al freddo, al contatto con tutta la patologia che ammorba la sala.

Tutto ciò è obbrobrioso, è indegno non della nostra civiltà, ma di qualsiasi barbarie, è indegno dell'epoca preistorica. Allora gli infermi avevano almeno il conforto di marcire al sole!

La responsabilità di un così disastroso stato di cose non è rintracciabile. È tutto un sistema che precipita di fronte a nuove esigenze.

Il vecchio e glorioso ospedale, vivaio di clinici e di scienziati, si sgretola come se avesse esaurito il suo compito. La colpa dello sfacelo è forse estranea alla volontà di uomini, ma se ci son colpevoli essi son tanti che riesce difficile apprezzare la responsabilità di ciascuno.

L'aumento delle spese per gli aumentati bisogni curativi, per il maggior numero di infermi bussanti alle porte degli ospedali, la diminuzione delle entrate costituiscono certo la causa precipua del fetido marasma in cui versa l'assistenza ospedaliera a Napoli. Non è dubbio però che ad affrettare lo sfacelo ha contribuito il personale. Il personale sanitario prima trovava nel largo insegnamento impartito all'ospedale una spinta al disimpegno accurato, premuroso, perfino entusiasta del proprio servizio. Gli ospedali napoletani hano per luungo tempo funzionato da cliniche; i gabinetti per analisi microchimiche, le sale di autopsia erano laboratorî frequentatissimi, dove si educavano professori universitarii e clinici valentissimi. Con la lotta fatta alla libera docenza, con la spopolazione della università di Napoli tutto ciò è venuto a mancare, ed è mancato l'interessamento dei medici per gli ospedali. Ed i sanitari hanno ritenuto di dover corrispondere all'ospedale un lavoro corrispondente alla paga che percepiscono: i direttori di sala da 70 a 80 lire mensili, gli aiuti da 30 a 40 lire, gli assistenti *nulla.* Non possiamo neppur parlare di stipendi di fame!

Quali che siano le colpe e le responsabilità ora conviene correre ai provvedimenti, che devono essere radicali, audaci.

Adoperare pannicelli caldi significherebbe perpetuare uno stato di cose intollerabile per il decoro dell'umanità.

DRAGOTTI.

Il dottor Brunelli eletto deputato a Bologna. — Bologna ha rinviato alla Camera dei deputati Umberto Brunelli, l'ardente, instancabile organizzatore dei medici condotti.

La Camera si arricchisce di una egregia personalità, che accresce il già folto e combattivo nucleo medico parlamentare.

RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

Aumento di stipendio al medico condotto. Intervento di ufficio della G. P. A.

La Giunta Provinciale amministrativa può avvalersi della sua facoltà di aumentare in congrua misura lo stipendio del medico condotto nel solo caso che lo stipendio stesso si mostri inadeguato al lavoro ed insufficiente ad assicurare un completo e regolare servizio sanitario e ciò o per fatti sopravvenuti che abbiano mutate le condizioni della condotta o perchè tali condizioni si sieno in concreto rivelate più gravi di quelle previste nell'atto di nomina (Dec. IV Sezione del Consiglio di Stato, 15 gennaio 1915).

La Sezione dice: «che bisogna distinguere tre ipotesi; le seguenti: il medico condotto viene assunto in servizio dopo l'entrata in vigore della legge 25 febbraio 1904, n. 57; 2° il medico condotto era già in servizio al momento della attuazione della legge medesima; 3° il medico

è in servizio con capitolato approvato o coordinato alla disposizione della stessa legge ».

« Nella prima ipotesi il capitolato deve essere approvato dalla G. P. A.; nella seconda ipotesi deve essere, sempre con l'approvazione della Giunta, coordinato alle disposizioni della legge del 1904, e, tanto nell'una quanto nell'altra, la Giunta può aumentare la retribuzione stabilita dal Comune o dal consorzio ed i criterii per lo aumento possono essere desunti non solo dalle condizioni obbiettive della condotta ma anche dai lucri professionali del sanitario e dalle esigenze ordinarie della vita, purchè, beninteso, sieno contemperate con le forze contributorie del Comune o del consorzio. Nella terza ipotesi, invece, il capitolato essendo già stato approvato e coordinato, deve durare e rimanere invariato per tutta la durata del contratto, salvo che le condizioni obbiettive della condotta, o per atti sopravvenuti o perchè rivelatisi in pratica notabilmente più gravi da quelle previste, non dimostrino la retribuzione del medico essere inadeguata al lavoro ed insufficiente ad assicurare un completo e regolare servizio sanitario, nel qual caso soltanto e per la quale ragione soltanto può la Giunta aumentare lo stipendio del sanitario — omissis ».

Con questa decisione la IV Sezione del Consiglio di Stato ha confermato la massima precedentemente sancita negli stessi termini nel 1913 pel Comune di Capralba.

Ora può, quindi, ritenersi giurisprudenza costante quella che vincola la facoltà della G. P. A. in materia di stipendi facendola intervenire solo ed in quanto l'aumento sia richiesto dalle condizioni obbiettive della condotta senza alcun riguardo a quelle subbiettive della persona del condottato.

Non contestiamo la giustizia della massima, ma non possiamo d'altronde tralasciare di fare osservare che in molti e svariati casi le condizioni subbiettive del condottato dovrebbero pur avere il loro peso nelle provvidenze da adottarsi dalla G. P. A. Se è giusto che al richiesto aumento di stipendio si debba far luogo sol quando sia constatato un peggioramento od un sensibile mutamento delle condizioni della condotta, non è d'altra parte men giusto ammettere l'opportunità dell'intervento di ufficio quando si possano lenire danni materiali che per altra qualsiasi causa risenta il sanitario condotto, specie ad effetto dell'accertato attuale caro viveri ed abitazioni.

Quello che è detto per i medici condotti va anche ripetuto per gli ufficiali sanitari, cui, come è noto, è anche applicabile l'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

Ufficiale sanitario - Danni derivati da negligenza in caso di malattie infettive

Se l'articolo 90, n. 4, del regolamento generale sanitario commina la revoca dell'ufficiale sanitario nel caso che per di lui trascuratezza siasi diffusa una malattia infettiva o determinato altro grave danno alla pubblica salute, non basta, per l'applicazione di detto articolo, che la trascuranza abbia cagionato un semplice pericolo di danno alla salute pubblica, ma occorre che il danno si sia effettivamente verificato (IV Sezione del Consiglio di Stato, 19 giugno 1914).

La Sezione (omissis).

« Considerato in relazione al primo motivo del ricorso che l'articolo 90, n. 4, del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 466, dispone testualmente che fra le altre mancanze dell'ufficiale sanitario dà luogo a revoca la trascuratezza dei doveri di ufficio la quale abbia occasionato la diffusione di malattie infettive od altro grave danno alla pubblica salute ». « Per l'applicazione di questa disposizione non basta una trascuratezza per quanto grave che abbia cagionato pericolo di danno, ma occorre che fra la trascuranza e la diffusione di malattie infettive o di altro grave danno effettivo alla pubblica salute, vi sia una relazione di causa ad effetto, senza di che esula l'ipotesi di fatto configurata nella citata disposizione, ecc. ecc. ».

Il pronunziato della IV Sezione ci sembra ispirato a sensi di stretta e rigorosa giustizia.

Non il solo pericolo ma il reale danno avvenuto con lo sviluppo di un morbo infettivo può determinare a carico dell'ufficiale sanitario, negligente o colpevole, il grave provvedimento della revoca. Questa solamente ammissibile quando la negligenza o la neghittosità sia stata talmente grave da permettere tale grado di sviluppo del morbo da renderne impossibile la limitazione o la totale repressione.

Però, come ha giustamente posto in rilievo il Consiglio di Stato, lo sviluppo in atto della malattia deve essere una conseguenza diretta ed immediata della negligenza del funzionario, per modo che egli sarebbe esente da pena qualora potesse, in sua giustifica, dimostrare che la maggiore diffusione della malattia debbasi ascrivere ad altra qualsiasi fortuità o contingente causa concomitante.

Doctor JUSTITIA.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5137) *Pensione - Indennità.* — Il Dott. abbonato n. 5741 chiede conoscere se avendo prestato dodici anni di servizio come medico condotto ed essendo costretto abbandonare il suo posto per malattia non contratta in servizio, abbia diritto

a qualche indennità e, nella negativa, quale pensione potrebbe avere con 25 anni di servizio e 54 di età.

Al medico condotto che lascia il servizio dopo 10 anni di servizio per infermità non contratta in servizio compete una indennità una volta tanto ragguagliata ai due terzi del capitale accumulato sul conto individuale, sempre che essi non siano inferiori ai due terzi del valore capitale della pensione teorica risultante dalla applicazione della tabella *B* in conformità di quanto sarà per disporre il regolamento che non è ancora pubblicato. Con 54 anni di età e 25 di servizio Le competerebbe l'annua pensione di lire 893.

(5138) *Eleggibilità a consigliere comunale - Somministrazione di medicinali ai poveri.* — Il Dott. F. B. da S. G. I. desidera conoscere: 1. Se sia legale la dichiarazione di ineleggibilità a Consigliere comunale contro un proprietario non usufruttuario di una farmacia che fornisce medicinali ai poveri e gestita da un farmacista patentato; 2. Quale azione si possa esercitare contro un Sindaco che si rifiuta di fornire le medicine ai poveri iscritti nello elenco dei poveri; 3. Se il Sindaco possa obbligare i poveri forniti di ricetta rilasciata dal medico condotto a recarsi per la spedizione delle medicine nella farmacia di un altro Comune, benchè questo sia appena ad un chilometro di distanza; 4. Se non esistendo alcun contratto tra Comune e farmacie possa il Sindaco designare in quale farmacia debba essere fatta la spedizione della ricetta; e 5. Quale è la ricchezza mobile che ricade sullo stipendio di lire 1800.

Anche colui che è nudo proprietario della farmacia ha interesse a che si migliorino le sorti dell'azienda, tanto più che strettissimo è il legame che lo unisce alla usufruttuaria, che è la propria madre. Riteniamo, pertanto, che egli sia ineleggibile alla carica di consigliere comunale perchè prende indirettamente parte al servizio di somministrazione di medicinali ai poveri. La somministrazione gratuita dei medicinali è obbligatoria per tutti i poveri ammessi nel rispettivo elenco ed aventi diritto a cura ed assistenza sanitaria gratuita.

Il Sindaco che ingiustificatamente si rifiuta di rilasciare la tessera a chi ha il diritto di averla è in colpa e potrebbe anche essere denunziato per rifiuto di compiere un atto inerente al suo ufficio.

Il regolamento sanitario parlando della licitazione fra farmacie per l'assunzione del servizio di fornitura dei medicinali ai poveri ammette, quando nel paese manchi la farmacia o ve ne sia una sola, di invitare alla gara anche le farmacie dei paesi viciniori. Locchè fa comprendere che sia lecita la spedizione delle ricette anche in farmacie di paesi vicini, perchè altrimenti non sarebbe comprensibile l'ammissione di esse alla gara. Non esistendo contratto per fornitura di medicinali, può essere permessa la spedizione delle ricette presso qualsiasi azienda. Rileviamo, peraltro, che tale sistema non è in armonia con le disposizioni regolamentari perchè queste richiedono che il servizio di somministrazione gratuita ai poveri sia dato in appalto mediante licitazione privata ad una o più farmacie. Sullo stipendio di lire 1800 ricade la ricchezza mobile di lire 155.24 oltre l'aggio all'esattore. Il contributo alla Cassa di previdenza ed il versamento volontario non è detraibile.

(5140) *Ufficiale sanitario - Cassa pensioni.* — Il Dott. V. R. da C. avendo esercitato per 6 anni la carica di ufficiale sanitario ed essendo ora medico condotto, desidera conoscere se gli possono essere attribuiti agli effetti della pensione e pagando le quote arretrate gli anni di servizio prestati come ufficiale sanitario.

Non avendo mai pagato contributi ed essendosi solamente da pochi anni iscritto alla Cassa di previdenza, non può chiedere nè ottenere il riscatto dei sei anni durante i quali ha prestato servizio in qualità di ufficiale sanitario.

(5141) *Concorso per la nomina del medico condotto.* — Il Dott. abbonato n. 3865 espone che essendo stato unitamente ad un collega classificato primo con 30 voti su 30 in un concorso a medico condotto, il Consiglio comunale ha proceduto, invece, alla nomina di un terzo collega, classificato con punti 29 su 30. Chiede conoscere se ciò sia legale e se egli possa intentare giudizio per danni.

L'articolo 35 del regolamento per la esecuzione della legge sanitaria stabilisce che nei concorsi per la nomina del medico condotto il Consiglio comunale dovrà scegliere una delle persone designate. Non essendovi obbligo di preferire il primo od il secondo in confronto del terzo graduato, non può muoversi legale censura alla amministrazione comunale per aver nominato quest'ultimo tralasciando i due primi. Non è, pertanto, ammissibile qualsiasi azione di danni.

(5142) *Ufficiale sanitario - Congedo.* — Il Dott. L. R. da M. ha chiesto ed ottenuto dal Prefetto nella qualità di ufficiale sanitario un anno di congedo per ragioni di famiglia. Dalla data della concessione ad oggi sono trascorsi nove mesi e non ha finora creduto conveniente di usufruire del congedo stesso. Chiede conoscere se volendolo godere ora, sia necessario fare una nuova domanda o basti un semplice avviso della partenza inviato al Prefetto ed al Sindaco.

Il diritto a godere della licenza che Le era stata accordata fin dall'anno scorso non è perento, tanto più che sono tuttora esistenti le cause che ne determinarono la concessione ed al congedo non era stato imposto termine di decorrenza. Ella, quindi, senza ripetere la domanda ed avvalendosi della concessione già fatta, preavvisi solamente il Sindaco ed il Prefetto il giorno in cui ha stabilito di lasciare la residenza.

(5144) *Pagamento di prestazioni fatte nello interesse dell'arma dei RR. CC.* — Il Dott. F. B. da S. G. Z. essendo spesso chiamato dalla locale caserma dei RR. CC. per visitare detenuti, per dichiarare con certificato se siano capaci di viaggiare a piedi o con carro, per essere tradotti al prossimo capoluogo del mandamento, ecc. desidera conoscere se simili prestazioni debbano essere pagate e, nella affermativa, da chi.

Quando nel capitolato della condotta manchi una speciale disposizione che dichiari gratuite le disposizioni del genere di quelle di sopra indicato, esse danno diritto a speciale compenso a carico del bilancio del Ministero dell'Interno, a cui l'arma deve mandare di volta in volta le relative contabilità.

(5145) *Tariffa delle prestazioni mediche - Diritti del medico ospedaliero.* — Il Dott. abbonato 6327 desidera conoscere se dovendosi procedere a tassazione legale di compenso per talune prestazioni fatte possa essere invocata la tariffa dall'Ordine dei medici della provincia, ancorchè non adottata dalle autorità comunali, e se dimettendosi dopo 16 anni di servizio da un ospedale per ragioni di salute, possa pretendere compenso per il servizio di supplenza prestato per sette mesi ed ottenere gli aumenti sessennali, in base agli anni di servizio prestati.

La tariffa delle prestazioni mediche o chirurgiche formulata dall'Ordine dei medici non ha valore obbligatorio, se non sia adottata dalle autorità locali, come norma generale per dirimere tutte le controversie del genere. Per la soluzione del caso che al presente Le occorre noi la consiglieremmo di non adire l'autorità giudiziaria se prima il predetto Consiglio non avrà in merito esplicata la propria azione ai sensi della lettera *d*) articolo 8 della legge 10 luglio 1910, n. 455. Avendo dato le dimissioni da medico curante dell'ospedale ora è completamente fuori di servizio. Potrebbe chiedere compenso per le prestazioni fatte in passato se, a suo tempo, le avesse pattuite. Ora non può pretendere il compenso per la supplenza, nè quella pel non usufruito congedo, nè, tanto meno, i sessennii, che non erano previsti nell'atto di nomina, nè nel regolamento o statuto organico del nosocomio. La supplenza poi può essere interpretata come atto di diferenza e di amicizia verso il titolare del reparto che era assente.

(5146) *Ricchezza mobile.* — Al Dott. F. M. da G. rispondiamo che sullo stipendio di lire 3500 ricadono annue lire 301.88 di ricchezza mobile, oltre l'aggio all'esattore che varia da Comune a Comune. Il contributo Monte pensioni è di lire 132 annue.

(5147) *Cassa di previdenza.* — Al Dott. G. G. da C. rispondiamo che avendo aderito alla Cassa solamente dal febbraio del 1914, non può essere ammesso a riscattare anni di servizio precedentemente prestati. Con 25 anni di servizio e 72 di età liquiderà l'annua pensione di lire 2407.

(5149) *Pensioni alle vedove ed agli orfani.* — il Dott. abbonato n. 1659 desidera conoscere se spetta pensione ai figli di un medico condotto nati da matrimonio contratto dopo cessato il servizio e liquidata la pensione.

Ai figli nati da matrimonio contratto quando già il medico era in riposo non compete la pensione. Sarebbe loro spettata se il matrimonio, anzichè dopo, si fosse contratto prima di lasciare il servizio, con anticipo anche di un sol giorno.

(5150) *Tassa vetture - Aumento di stipendio - Decorrenza.* — Il Dott. V. C. da T. C. desidera conoscere se sia tenuto a pagare la tassa vetture per il cavallo della condotta, che ha per capitolato l'obbligo di tenere e se l'aumento di stipendio recentemente accordatogli dal Consiglio comunale, debba decorrere dalla data della relativa deliberazione o bensì dalla data dell'approvazione della medesima da parte della G. P. A.

Il medico condotto per la cavalcatura, che è obbligato a tenere per il disimpegno del servizio che gli compete non deve pagare la tassa di vettura ma bensì quella sulle *bestie da tiro, sella e soma.* È, infatti, una bestia da sella e non una vettura la cavalcatura che il Comune ha creduto di tassare. Or, quindi, se nel Comune non esiste la tassa sulle bestie da tiro, sella e soma, non ha l'obbligo di pagare. L'approvazione della autorità tutoria integra e completa la deliberazione consiliare con la quale si apporta aumento allo stipendio e perciò il detto aumento decorre dalla data della approvazione e non da quello della deliberazione, tranne che non sia stata nel deliberato stabilita diversa epoca di decorrenza.

(5151) *Pensione.* — Al Dott. abbonato 4349 rispondiamo che in base ai dati esposti liquiderà annue lire 1652.08 di pensione. Per il versamento volontario di lire 88 eseguito per 18 anni avrà in aumento alla pensione l'annua somma di lire 183.71.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico consorziale di vigilanza igienica. Vedi fasc. 13. Scad. ore 12 del 15 giugno.

BANZI (*Potenza*). — Condotta generalità; lire 2890, compreso l'incarico di ufficiale sanitario, oltre il sussidio per l'Ambulatorio antimalarico, variabile da L. 400 a 600. Scadenza giorni 30 dal 10 marzo.

BASSANO (*Vicenza*). — Primo reparto, L. 2600 lorde. Poveri aventi diritto a cura gratuita circa 1500. Scadenza 16 aprile.

CAMPI SALENTINA (*Lecce*). — Al 15 aprile, ore 12, 2ª condotta pei poveri; L. 2500 lorde di imposta R. M., esenti dal contributo per C. P.

CASTELLEONE DI SUASA (*Ancona*). — Condotta semiresidenziale; L. 4450 lorde e tre sessenni; L. 150 se ufficiale sanitario. Servizio entro 15 giorni. Scadenza 25 aprile.

CERES (*Torino*). *Congregazione di carità*. — Sanitario dell'Opera pia Rolando; servizio gratuito per tutti gli abitanti di Procaria e Vernetto; 300 persone circa; L. 1500 nette da R. M., con godimento gratuito di casa in Procaria. Resid. piacevole. Condotta comoda. Scad. 20 apr.

COMO. *Deputazione Provinciale*. — Medico primario; L. 4500 lorde dell'i. R. M.; tre quadrienni e due quinquenni del decimo; pensione. Titoli scientifici e pratici. Età limite 40 anni al 30 apr., s. e. r. Servizio entro 30 giorni. Scadenza ore 16 del 30 aprile.

COPPARO. *Ospedale Mandamentale*. — Assistente medico-chirurgo; L. 1200; indennità vitto lire 90 mensili. Proventi 10 % tassa operazioni. Incerti sulle L. 400 globali annue. Giustificazione annuale. Nell'ospedale esiste già un aiuto-chirurgo. Per informazioni rivolgersi prof. Dialti, direttore. Chiusura concorso 15 aprile.

CORTANDONE (*Alessandria*). — Condotta poveri; L. 1000. Entro il 22 aprile.

DICOMANO (*Firenze*). — A tutto il 15 aprile condotta poveri 2ª sezione con sede nel capoluogo; circa 44 kmq.; ab. 1750 dei quali 200 poveri; L. 3000 lorde, tre sessenni; per i primi due anni assegno straord. di L. 500. Chiedere l'annunzio. Servizio entro 15 giorni.

FIUGGI (*Roma*). — Concorso per titoli ad entrambe le condotte medico-chirurgiche per la generalità; L. 4500 lorde ciascuna. Scadenza 16 aprile.

FOLIGNO. *Ospedale Civile*. — Cercasi medico chirurgo assistente. Stipendio L. 1800 nette, alloggio e prima colazione nell'Ospedale. Capitolato e schiarimento presso la Direzione dell'Ospedale.

GRAGLIA (*Novara*). — Consorzio con Muzzano. Scadenza ore 12 del 24 marzo. Kmq. 32.92, in collina e montagna; ab. 3000 circa. L. 1200 per circa 100 poveri e L. 250 per suppl.; eventuali nomine a medico della Società operaia e ad U. S. Servizio entro il 15 aprile.

* LAIATICO (*Pisa*). — A tutto 14 apr. condotta per Orciatico, piena; L. 3500 lorde e L. 750 per la cav., obblig.; due sessenni; ab. 1035. Servizio entro 10 giorni.

MALONNO (*Brescia*). — Al 30 aprile condotta; L. 4273.77, al lordo della R. M.; generalità 2520 ab.; U. S. e gestione a. f.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). — Condotta pei poveri; L. 2000 lorde. Scad. un mese dal 10 marzo.

* MONTECAROTTO (*Ancona*). — 2ª condotta; L. 5250; 2 sessenni e L. 250 per supplenza. Scadenza 20 aprile.

* MONTEFALCO (*Perugia*). — Una delle due condotte per la generalità; L. 4400 lorde. Scadenza 30 aprile.

OTRICOLI (*Perugia*). — A tutto il 15 aprile; lorde L. 4000, aumentabili. Rivolgersi alla Segret.

PAESE (*Treviso*). — Condotto primo riparto, L. 3000. Scadenza 10 aprile.

PARMA. *Casa Penale*. — Sanitario; assegno di L. 1800 lorde. Età non superiore ai 45. Le domande al Ministero su carta da L. 1.25, dovranno pervenire alla Prefettura. Titoli di studio e di pratica medica. Nomina previo parere o relazione della Commissione. Scadenza 30 aprile.

* PIANDIMELETO (*Pesaro*). — Condotta consorziale 1° reparto; L. 4500 lorde, tre sessenni di L. 300, se U. S. L. 200. Supplenza scambievole con compenso di L. 187.50 e 10 giorni di congedo straordinario. Doc. e dom. d'uso al presidente del Consorzio. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Scadenza 10 maggio.

* POLINAGO (*Modena*). — 1ª condotta; L. 2700 lorde e tre sessenni di L. 200; L. 700 per obbligo di cavalcatura; assicurazione. Assunzione in servizio entro 10 giorni. Scad. 19 aprile.

PREDAPPIO (*Forlì*). — 2ª condotta; L. 3300 lorde con tre aumenti sessennali; indennità di cavalcatura L. 700; indennità di alloggio L. 300. Assunz. in servizio entro 25 giorni. Scad. 15 apr.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta di Nuvolato; ettari 1533; ab. 600 riuniti e 2025 sparsi; L. 3000 lorde e tre sessenni, per i poveri; L. 600 per carrozza e cavallo. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 27 marzo.

RADICONDOLI (*Siena*). — Condotta di Anqua; circa 50 kmq.; ab. 1041; L. 5000 lorde per la cura piena e L. 300 d'indennità residenza; obbl. cavalc. Scadenza 15 aprile. Età limite 35 anni. Servizio entro 15 giorni.

* RECANATI (*Macerata*). — Chirurgo primario. L. 5000 lorde, tre sessenni, L. 200 dalla Congregazione di carità per cura dei degenti nell'ospedale. Titoli. Assunzione entro un mese. Scadenza 10 aprile.

REGGIO EMILIA. *R. Prefettura*. — Secondo medico assistente presso il locale Manicomio giudiziario; L. 1800; titoli; domanda da L. 1.25; età massima 40 anni; statura non inferiore a m. 1.65. Residenza entro 15 giorni. Chiedere l'annunzio. Scadenza 15 aprile.

SUELLO (*Como*). — Condotta consorziale piena; L. 4100. Scadenza 11 aprile.

TAVARNELLE IN VAL DI PESA (*Firenze*). — Condotta al capoluogo (876 su 3763 ab.); soli poveri; kmq. 0.20; L. 2300 e quattro sessenni; L. 400 per cav., L. 150 quale U. S., L. 700 dall'Amministrazione dell'Ospedale Naldini, lorde. Scadenza 27 aprile.

TEMPIO (*Sassari*). — Condotta solo poveri frazione Luogosanto e Aglienta; armadio farmaceutico. Scadenza 10 aprile.

TORINO. *R. Manicomio*. — Uno dei due posti di medico-direttore, con sede a Collegno; L. 6000 lorde, aumento di un decimo per 5 quinquenni. Alloggio gratis riscaldato ed illuminato. Rivolgersi all'Amministr., via Giulio 22. Scad. 15 apr.

VALLECORSA (*Roma*). — A tutto il 30 aprile condotta generalità; L. 3400 oltre L. 100 quale U. S., lorde di riten. R. M. Ab. 4415 agglomer.

VEGLIE (*Lecce*). — A tutto 10 apr., 2ª condotta generalità; lo stipendio è elevato da L. 2600 a L. 3000, salvo l'approvazione tutoria; sessenni per tutta la durata del servizio; assunzione servizio entro 15 giorni. Popol. super. a 4000 ab., tutta agglomerata; pianura.

Cercasi subito da giovane medico-chirurgo interinato condizioni vantaggiose, media o alta Italia. Scrivere: Zito, via Pavia, n. 8, Napoli.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide: Capolona (Arezzo), Fossombrone (Pesaro-Urbino), Pino Torinese (Torino).

Revoca di diffide: Cassine (Alessandria), Sovizzo (Vicenza), Sedrina (Bergamo), Decima di Persiceto (Bologna), Tavoleto (Pesaro-Urbino), Nichelino (Torino), Albairate (Milano).

Rinnovamento di diffida: Recanati (Macerata) [per la condotta chirurgica].

Nuovo boicottaggio: Carpignano-Sesia (proclamato dalla sezione di Novara dell'A. N. M. C.).

Revoca di boicottaggio: Anghiari (Arezzo).

Ci si comunica:

La Sezione Fanese dell'A. N. M. C. per accordi intervenuti, revoca la diffida al concorso di Fermignano.

La Sezione Monzese dell'A. N. M. C., presa visione dell'avviso di concorso al posto di medico consorziale del Comune di Briosco ed Ospedale Annoni, ne delibera la diffida perchè emesso per condotta piena, per insufficienza di stipendio, per mancanza d'indennizzo per il mezzo di trasporto (necessario) e perchè il relativo capitolato non contempla gli aumenti sessennali ed i desiderata della classe circa l'annuale congedo e le temporanee assenze. I colleghi perciò sono invitati ad astenersi dal concorso, mentre la Sezione inizia pratiche colla rappresentanza consorziale.

Per il Consiglio direttivo il Presidente
Dott. DANIELE CAROBBIO.

ROMA. *Ministro della istruzione pubblica*. — Il ministro della istruzione pubblica con recente decreto ha istituito 4 borse di lire 3000 ognuna per perfezionamento all'estero, con le seguenti condizioni:

Sono compresi per la facoltà di medicina e chirurgia, anche i laureati in medicina veterinaria e per la Facoltà di scienze, anche i laureati in chimica e farmacia.

Le istanze di ammissione al concorso scritte su carta bollata da lire 1.25, debbono pervenire al Ministero della istruzione pubblica (Direzione generale per la istruzione superiore) non più tardi del 31 marzo 1915.

Nell'istanza deve essere esplicitamente dichiarato per quale disciplina il concorrente aspiri al conseguimento dell'assegno.

Tale disciplina può essere liberamente scelta dal candidato; a parità di merito fra due o più candidati sarà data per la medicina e chirurgia la preferenza al cultore dell'oculistica o della zootecnica.

All'istanza il concorrente deve unire le memorie originali stampate o manoscritte (possibilmente in cinque esemplari), i titoli conseguiti negli studi, il diploma di laurea o un analogo certificato ed infine un elenco (in doppio esemplare), dei titoli e dei documenti presentati.

Nell'istanza deve inoltre essere indicato con esattezza, il domicilio del concorrente e l'ufficio che egli eventualmente occupi alla dipendenza di questo Ministero o di altra Amministrazione dello Stato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

BOLOGNA. — Nella seduta del 16 corrente la Facoltà medico-chirurgica radunatasi per provvedere definitivamente alla cattedra lasciata vacante dall'on. Sanarelli ha proposto a voti unanimi il trasferimento del prof. comm. Arnaldo Maggiora, ordinario della stessa materia nella Università di Padova e professore di ingegneria sanitaria in quella R. Scuola di applicazione.

Il prof. Maggiora, che ha incominciato la sua carriera didattica a Torino come supplente del prof. Pagliani, fu chiamato nel 1894 a Modena come professore straordinario in seguito all'esito del concorso di Palermo e nel 1896 vi otteneva la promozione ad ordinario.

A Modena egli ha fondato « ex novo » un Istituto di igiene ove hanno trovato istruzione ed appoggio quanti medici, maestri, studenti hanno voluto perfezionarsi negli studi di igiene e questa grande liberalità di maestro e di scienziato è una delle più belle doti del prof. Maggiora.

Il quale nel 1911 chiamato a voti unanimi dalla Facoltà medica di Padova, come ora da quella di Bologna, si guadagnò presso i colleghi e discepoli medici e ingegneri, quella stima e quella fiducia così cara ai maestri e così difficile a concedersi dai discepoli.

Il Maggiora da anni è membro del Consiglio superiore di sanità.

ROMA. — Il prof. Conti Antonio, ordinario di anatomia patologica alla R. Università di Sassari, è nominato, per decreto reale, professore emerito nella Facoltà di medicina dell'Università stessa.

SIENA. — Il cav. prof. Bordoni Luigi è nominato componente il C. P. S. fino alla scadenza del triennio 1913-15.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

LETTERE DA PARIGI.

Il servizio sanitario nell'esercito francese. — In una mia precedente corrispondenza accennai alla nomina di una Commissione superiore di sanità militare, creata allo scopo di studiare i miglioramenti da portare al servizio sanitario dell'esercito. Il relatore Giuseppe Reinach invia ora al ministro della guerra un primo rapporto.

Il rapporto segnala che la Commissione era stata incaricata di cercare e completare i miglioramenti e i perfezionamenti da portare al servizio sanitario, sia nel territorio nazionale che nelle zone di guerra e constata che tali questioni, già importanti di per se stesse, acquisteranno un valore ancora maggiore il giorno in cui la guerra di manovra succederà a quella di posizione. Esso rende in seguito un omaggio meritato al corpo sanitario, sia dei quadri attivi che di quelli di complemento, che ha pagato gloriosamente, con numerosi caduti, il suo debito alla Patria. Ma lo sforzo fatto dal servizio sanitario per realizzare dei grandi progressi ha bisogno, in seguito alle lezioni dettate dall'esperienza, di essere proseguito e sviluppato.

Il rapporto espone la questione degli automobili, che potranno rendere i soccorsi più efficaci, in ragione della loro maggior rapidità, quella delle ambulanze chirurgiche delle formazioni avanzate, suscettibili di permettere delle operazioni di estrema urgenza, quelle dei treni sanitari, importantissimi per l'evacuazione pronta dei feriti verso le formazioni più lontane, quelle della utilizzazione delle varie competenze mediche e chirurgiche nel vantaggio dei feriti, quelle dell'accordo permanente tra i servizi sanitari dell'armata e l'amministrazione del ministero della guerra, della applicazione della legge sull'obbligo della vaccinazione antitifica, applicazione che, secondo il relatore, « fu difettosa da differenti punti di vista », del materiale delle formazioni sanitarie, della semplificazione delle scritture, dell'utilizzazione degli ospedali e della loro sorveglianza, della Croce Rossa e dei suoi rapporti col servizio sanitario e dei depositi dei feriti leggeri.

La Commissione ha formulato i voti seguenti:

1. Che il servizio degli automobili specialmente adattati al trasporto dei feriti, e adibiti esclusivamente a questo ufficio, sia integrato nel più breve tempo possibile, fino a raggiungere il numero di sessanta per corpo d'armata.

2. Che siano istituite in ciascuna armata e nel numero di una almeno per corpo d'armata, delle formazioni sanitarie chirurgiche avanzate destinate a operare d'urgenza i feriti gravi. Durante i periodi in cui il corpo a cui esse saranno adibite non cambia di posto esse saranno annesse al gruppo delle ambulanze d'armata e i loro spostamenti saranno fissati, al momento del bisogno, dal comandante, su proposta dei medici d'armata.

3. Che nelle zone occupate dalle armate, il trasporto dei feriti sia affidato nei periodi normali a dei treni detti di « raccolta giornaliera » e nei periodi di attività intensa a treni sanitari fatti avanzare quanto maggiormente sia possibile e a dei treni di rifornimento di ritorno provvisti del personale e del materiale necessario. Questi ultimi detti « treni provvisori » non debbono essere impiegati che per aiutare a rendere più spedito il trasporto intensivo dalle zone dei combattimenti e debbono essere sempre accompagnati da un personale medico, e di assistenza, e resi adatti dal punto di vista delle loro condizioni igieniche a questa funzione. Sulle vie principali il trasporto sarà in ogni caso effettuato dai treni sanitari, sia semi-permanenti che permanenti, del tipo regolamentare.

I treni permanenti, più specialmente adatti alla loro funzione, debbono essere riservati ai malati più gravi. Il numero dei treni destinati al trasporto dei feriti, benchè di già aumentato, dovrà essere accresciuto ancora di più. In detti treni sarà accettato il concorso delle squadre della Croce Rossa *sotto il controllo assoluto dell'autorità militare* e sarà anche domandato il concorso degli infermieri degli ospedali.

4. Che delle stazioni di smistamento sanitarie siano avvicinate al fronte per quanto è possibile.

5. Che il decreto ministeriale 12 dicembre 1914, ai termini del quale i chirurgi di carriera dovranno essere distribuiti nelle formazioni sanitarie dell'esercito in modo che la loro competenza riconosciuta sia utilizzata nel miglior modo possibile nell'interesse dei feriti, sia applicata prontamente da per tutto. I medici e i chirurgi di complemento dovranno essere adibiti a dei posti militari in rapporto alle loro competenze professionali, e al loro valore scientifico. I differenti specialisti saranno pure assegnati alle formazioni nelle quali potranno meglio esplicare la loro attività. In ogni regione sede di un corpo d'armata saranno istituite delle formazioni speciali per feriti gravi. Nei grandi centri del territorio nazionale saranno istituite delle sezioni specializzate, dirette da medici e chirurgi competenti.

In ogni regione di corpo d'armata dei chirurgi saranno incaricati di ispezionare le formazioni sanitarie e le liste del personale sanitario potranno essere oggetto di controllo e di modificazioni.

6. Che gli studenti di medicina laureandi e interni degli ospedali (1) siano nominati sottotenenti medici, o assimilati a tal grado per la durata della guerra.

7. Che i medici civili che non hanno mai prestato servizio militare, riconosciuti idonei al servizio militare, e che domanderanno, in seguito al decreto 12 novembre 1914, la nomina al grado di sottotenente medico temporaneo, siano immediatamente assunti in servizio nella località, nell'attesa che si sia deciso in merito alla loro domanda.

8. Che un dentista sia destinato *per ogni reggimento* al servizio dentario e che si faccia la prova di istituire un automobile dentario in un corpo d'armata. Nella zona interna si dovrà rendere più intensivo il servizio delle scuole dentarie e i farmacisti e gli studenti in medicina dovranno, se non è stato disposto per loro una funzione speciale, essere immessi nelle sezioni infermieri.

9. Che la ripartizione attuale dei farmacisti, il cui numero è ora insufficiente, sia modificata in modo da soddisfare i bisogni; in quanto a quei farmacisti che risultassero in sopranumero essi saranno incorporati fra gli infermieri.

10. Come regola generale e per quel che concerne le varie destinazioni individuali, sia rigorosamente bandita ogni considerazione non conforme agli interessi del servizio.

11. Che sia stabilito un accordo stretto fra il servizio sanitario dell'esercito, il comando in capo e il ministro, il quale dovrà ricevere dei rapporti periodici sul funzionamento e la situazione del servizio sanitario dal comando in capo.

Delle missioni tecniche saranno affidate a delle alte personalità tecniche, inviate all'esercito combattente per informare il ministro sul servizio sanitario e la situazione sanitaria, e sia accettato il principio del cambio dei medici assegnati alle truppe combattenti, quando questi potranno rendere dei servizi assai più importanti nel territorio.

12. Che l'istruzione del 2 giugno 1914 sulla vaccinazione antitifica obbligatoria sia ricordata a tutti gli ufficiali medici, facendo loro obbligo di conformarvisi e di iscrivere una annotazione nel libretto individuale degli uomini, come per la vaccinazione antivaiuolosa, e che in ogni regione funzionino una o più squadre di vaccinazione.

(1) In Francia gli interni degli ospedali, corrispondenti al grado di assistenti, non sono dottori in medicina, ma laureandi che hanno dato quasi tutti gli esami speciali, ma che non ottengono il diploma di dottore se non alla fine dell'internato e in seguito a un esame di laurea.

13. Che delle istruzioni formali siano date affinchè non subiscano ritardi gli invii di oggetti di medicatura, gli strumenti e quanto altro sarà richiesto dai medici capi e che le negligenze siano punite, in tutti i gradi della gerarchia militare.

14. Che i medici capi, avvertiti ancora una volta della forma nella quale dovranno fare le loro domande, siano tenuti come personalmente responsabili dei loro approvvigionamenti quando non avranno fatte le loro domande in tempo utile.

15. Che il funzionamento amministrativo delle formazioni sanitarie sia reso più semplice.

16. Che delle formazioni speciali siano destinate a curare i soli tifosi e i malati di altre malattie contagiose e che non si deroghi mai da questa regola.

17. Che gli ospedali, tanto pubblici che privati, siano classificati e rigorosamente ispezionati.

18. Che i feriti e i malati non siano mantenuti negli ospedali dopo guariti.

19. Che il costume delle infermiere della Croce Rossa, il cui modello dovrà essere depositato al Ministero della guerra, abbia il carattere di una uniforme legalmente riconosciuta e che essa sia interdetta a ogni donna che non appartiene al servizio della Croce Rossa. Le ispezioni dovranno essere moltiplicate negli ospedali della Croce Rossa, il loro risultato ne sarà messo per iscritto, come si fa negli ospedali militari, e comunicato alla direzione dell'Istituzione perchè essa possa fare le debite osservazioni ai dipendenti, ciascuno dei quali sarà munito di un libretto individuale e sarà inscritto in fiches speciali. Una sezione permanente di sorveglianza della Croce Rossa avrà il diritto di pronunziare delle radiazioni.

20. Che il ministro della guerra ricordi ai comandanti i depositi dei feriti leggeri l'esecuzione esatta delle disposizioni emanate dal gran quartiere generale il 17 dicembre 1914.

Il rapporto si chiude facendo osservare che la Commissione non considera di aver adempito il suo compito. Le misure enumerate in questo rapporto non sono le sole che debbono essere applicate.

Altre ancora debbono essere prese in considerazione, forse meno urgenti, ma non per questo meno importanti. La Commissione continuerà dunque i suoi lavori, cercando le soluzioni più pratiche e più razionali alle questioni sottoposte al suo esame.

Parigi, 18 marzo 1915.

Dottor GOD.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola ufficiale di perfezionamento in idrologia e terapia fisica.

Anche questo anno, nell'intendimento di preparare i giovani medici per gli stabilimenti termali, in genere, di cure fisiche, sarà tenuto presso l'Università di Napoli, un corso ufficiale di perfezionamento in idrologia, elettroterapia e kinesiterapia. La scuola è diretta dal prof. P. Marfori.

Essa ha la sanzione non solo del Consiglio Superiore della P. I., ma anche della Direzione della Sanità Pubblica, la quale, convinta della grande importanza assunta da tali studî del genere, ha già introdotto nei programmi di esame di concorso agli impieghi nell'Amministrazione della Sanità Pubblica le principali nozioni d'idrologia e di crenologia.

Programmi d'insegnamento:

Prof. P. Marfori, *Crenoterapia* (Applicazioni terapeutiche delle acque minerali). — Prof. V. Gauthier, *Idrologia e Crenologia*. — Prof. F. P. Sgobbo, *Elettroterapia e Radiologia*. — Professore F. Galdi, *Dietetica e Dietoterapia*. — Professore G. Jafolla, *Kinesiterapia e massaggio*. — Prof. V. Bianchi, *Balneoterapia delle malattie nervose*.

Completeranno l'insegnamento le visite agli Stabilimenti idroterapici della città ed alle stazioni termali più importanti della provincia. Queste visite sono obbligatorie per gli iscritti.

La tassa d'iscrizione è di L. 50, da versarsi alla Cassa della Università (Economato). La tassa di diploma è di L. 10. Per le iscrizioni rivolgersi direttamente alla Segreteria universitaria (Corso Umberto I Palazzo universitario).

Gli studenti di medicina e farmacia possono iscriversi come uditori senza obblighi di tassa.

Alla fine del corso, in seguito ad esami innanzi al collegio dei professori della Scuola, verrà rilasciato un diploma di abilitazione firmato dal Rettore della R. Università e dal Direttore della Scuola prof. Marfori.

A coloro i quali non vogliono sottoporsi agli esami verrà semplicemente rilasciato un certificato di frequenza, firmato dal Direttore della Scuola.

Il corso avrà principio il 15 aprile 1915 e si chiuderà il 15 giugno.

Congedamento di ufficiali medici di complemento.

In ministero della guerra ha determinato che gli ufficiali medici di complemento delle classi 1877 e 1878 chiamati in servizio in esecuzione del regio decreto 1° novembre 1914 siano ricollocati in congedo sotto la data del 31 marzo.

È fatta eccezione per quelli che rinuncino volontariamente al congedamento e dichiarino per iscritto di accettare qualsiasi destinazione.

L'igiene in guerra.

Per incarico dei ministri della pubblica istruzione e della guerra, il prof. Guido Ruata svolge, all'Istituto d'igiene di Bologna, un breve corso pratico speciale sulle questioni essenziali riguardanti l'igiene e la profilassi negli eserciti in campagna.

Per le assicurazioni obbligatorie

Il prof. Silvagni, neo presidente della Federazione degli Ordini dei Sanitari, si è assunta la iniziativa di una efficace propaganda a pro dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, l'invalidità e la vecchiaia, fatta col tramite degli Ordini.

Il Policlinico Pavese.

La Giunta municipale di Pavia, preso atto di una informazione avuta dal sindaco comm. Lorini sulla probabile adesione di S. M. il Re a rendere col proprio intervento più solenne la data storica della posa della prima pietra del costruendo Policlinico, a voti unanimi ha autorizzato il sindaco ad espletare le necessarie pratiche ufficiali.

La data della posa della prima pietra e della inaugurazione dei lavori del grandioso Policlinico si suppone molto prossima.

Istituto antirabbico.

Ad iniziativa del cav. dott. Duranti, è sorto a Bari un Istituto antirabbico, che sarà diretto dagli esimi dottori Volpi Giuseppe e Lopriore Salvatore.

Prolusione del prof. Castellino.

L'on. prof. Pietro Castellino ha tenuto la sua prolusione al corso ufficiale di clinica medica nella R. Università di Napoli, innanzi ad un uditorio elettissimo, trattando de « La Clinica medica napoletana nell'indirizzo positivo della Medicina ».

Onoranze al prof. Conti.

Un gruppo di medici, già discepoli del comm. Antonio Conti, ha reso imponenti onoranze allo illustre atonomo-patologo cagliaritano, cui venne offerta una coppa d'argento. Numerosi gli oratori, che misero in evidenza i meriti scientifici e civili del festeggiato. Il dott. De Montis lo definì « simbolo di abnegazione e di sacrificio ».

Onoranze al prof. Mondino.

I laureandi in medicina e gli assistenti della Clinica psichiatrica di Pavia hanno offerto al prof. Casimiro Mondino una targa di bronzo ed una pergamena.

Il nostro collega on. Domenico Tinozzi ha perduto il fratello — uno dei più colti e apprezzati colonnelli di artiglieria — un uomo in cui il tipo del soldato era armonicamente compenetrato nel tipo del gentiluomo. Al nostro amico Tinozzi, a tutta la famiglia mandiamo il rimpianto nostro che si unisce a quello del largo stuolo di amici che il colonnello Tinozzi raccolse intorno a sè. A. V.

Da queste colonne vadano anche le nostre profonde condoglianze all'amico prof. Roberto Alessandri, ordinario di patologia chirurgica nella Università di Roma, il quale ha, in questi giorni, avuto la grave sciagura di perdere l'amatissima genitrice.

Rassegna della stampa medica.

Gazz. Med. It., 15 dic. COLELLA: Studio su 5000 malati ambulatori del sistema nervoso.

Berl. Klin. Woch., 14 dic. POHL: Il nuovo nei vecchi alcaloidi dell'oppio. — FREUND: Ascesso cerebrale traumatico. — RIESS: La somiglianza dei quadri clinici delle malattie infettive. — JEGER: La sutura vascolare in guerra.

Il Morgagni (Riv.), 17 dic. CARPI: Sulle reazioni respiratorie dell'apparato cardio-vascolare.

Medic. Record, 11 dic. NAMMACK: Degenerazione lenticolare progressiva. — CLIMENKO: Distonia musculorum.

The Journ. A. M. A., 12 dic. REHFUSS e HAWK: La concentrazione acida costante del succo gastrico. — HAYHURST: Il fattore professionale delle malattie. — HOLMES: Classificazione clinica delle etmoiditi. — SHAMBAUGH: Patologia del labirinto etmoideo. — FISHER, BROWN: La stomatologia.

La Ginecol. Moderna, ag.-dic. ROMEO: I diversi metodi di dilatazione cervicale ed il dilatatore Bossi. — ZEKETE: Sul valore dell'operazione Bossi nei casi di dismenorrea e di sterilità. — TANTURRI, CORLETTO: Sulla cura dell'osteomalacia col metodo Bossi. — CAMPIONE: I fibromi dell'utero complicati a lesioni infiammatorie degli annessi.

Riv. Ospedaliera, 15 dic. DONATI: Eosinofilia e costituzioni organiche. — BAVINA: Sulla rachianestesia elevata. — QUARTA: L'arterite cerebrale luetica.

Rev. Clín. de Madrid, 15 dic. SANZ: Nanismo, debilità mentale e ipoplasia genitale.

La Clin. Ostetr., 15 dic. MILANI: La diagnosi radiologica della gravidanza. — FRANCESCHINI: Sul valore diagnostico della reazione di Wassermann (con riguardo alla ginecologia ed all'ostetrica).

Il Lavoro, 15 dic. MAZZI: Deformità del dorso della mano frequente nei lavoratori manuali.

Riv. Sanit. Siciliana, 15 dic. GUCCIARDELLO: Intorno alla dermatosi da fave.

Gazz. d. Osp., 17 dic. ZANNINI: Epidemia della cosidetta « febbre dei tre giorni ».

Wien. Klin. Woch., 17 dic. TRENDELENBURG: La determinazione roentgenologica dei proiettili e di altri corpi metallici. — WEINFURTER: Infezione combinata di tifo e colera.

La Rif. Med., 19 dic. PARI: Dolore peritoneale e dolore intestinale. — FARMACHIDIS e VATTUONE: L'opoterapia tonsillare nel diabete mellito. — PRETI: Meningite asettica d'origine saturnina.

Pensiero Med., 20 dic. ZUCCOLA: Pancreatite emorragica con steatonecrosi. — CASTELLANI: Acumetria clinica.

Gazz. d. Osp., 20 dic. SILVESTRI: Ipercalcificazione e tubercolosi chirurgiche. — NICOLA: L'emetina nell'emottisi.

The Journal of exper. Med., dic. ZINSSER e DWYER: Proteotossine (anafilatossine) e virulenza. — CHICHERING: Agglutinazione nella polmonite.

Mediz. Klinik, 20 dic. JOCHMANN: Sulla diagnosi e la terapia del vaiolo. — BEHR: Sulla diagnosi precoce della tabe dorsale.

Arch. p. le mal. del cuore, ecc. 1. SBROCCHI: Il sintomo dolore nelle malattie del cuore e dell'aorta.

Arch. v. Verd.-Krank., 18 dic. ROSENFELD: Sull'etiologia della tetania. — ROSENTHAL: Sulla litiasi pancreatica. — STERNBERG: Sulla tecnica dell'esofagoscopia. — HOPMAN: Sulla patonegesi della stitichezza cronica.

Berl. Klin. Woch., 21 dic. LEWANDOWSKI: Le ferite del sistema nervoso in guerra. — FRIEDENTHAL: La lotta contro le epidemie in guerra con mezzi clinici. — BUCKY: La localizzazione dei proiettili ai raggi X. — MARCUSE: L'insufficienza della valvola ileo-cecale ai raggi X. — MUNZER: Dostojewski quale psicopatologo.

La Presse Méd., 17 dic. MAURANGE: Vaccinazione contro la febbre tifoide in Germania.

Jahresk. f. ärztl. Fortb., dic. ZELLER, WARNEKROS: La chirurgia in guerra. — HELBING: L'ortopedia in guerra.

The Lancet, 19 dic. BOWLBY: Il trattamento delle ferite in guerra.

Klin.-ther. Woch., 14-21 dic. GARTNER: Sulla terapia del colera asiatico.

The Boston M. a. S. Journ., 17 dic. FINNEY: Il significato e l'effetto del dolore. — WOOD: Le defervescenze critiche nella febbre tifoide.

Bull. de l'Institut Pasteur, 15 dic. WOLLMAN: La vita asettica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. *Roma, 11 aprile 1915* **Fasc. 15**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AI RITARDATARI. **A quei pochi associati che non hanno finora pagato l'importo del proprio abbonamento (*) pel 1915, importo che perciò fu loro direttamente chiesto con nostre Circolari del febbraio e marzo u. s., rinnoviamo la preghiera di volerne gentilmente affrettare l'invio per mezzo di Cartolina Vaglia, la quale dovrà essere indirizzata esclusivamente al Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, n. 46, Roma.**

L'AMMINISTRAZIONE.

(*) Per le spese di affrancazione e raccomandazione del premio ordinario, unire all'importo d'abbonamento centesimi 50 se per l'Italia e fr. 1 se per l'Estero.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di ess senza citarne la fonte.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
diretto dal prof. M. ASCOLI

La cura dell'ulcera cronica vulvare

per il dott. VINCENZO FISICHELLA
libero docente
e direttore delle Sale celtiche governative.

L'ulcera cronica vulvare, l'estiomene, l'*ulcus rodens vulvae*, riscontrata sempre in prostitute già anziane, da più anni dedite al meretricio e sifilitiche, ha da tempo fatto nascere il sospetto che la sifilide possa avere una qualche importanza sulla sua etiologia e patogenesi, anzichè rappresentare una semplice e quasi costante concomitanza morbosa.

Eliminato il sospetto che la lesione fosse di natura tubercolare o cancerigna, o una ulcera trofica per stasi linfatica, si pensò che essa rappresenti una forma di gomma superficiale ulcerata, il cui aspetto clinico non sarebbe ben definibile se altre manifestazioni luetiche in atto, o i dati anamnestici certi di una pregressa infezione sifilitica non venissero ad avvalorare la diagnosi.

Si avanzò pure il concetto che l'ulcera cronica vulvare, in cui l'infezione celtica prende parte nei suoi antecedenti per una proporzione quasi costante, fosse, se non di natura, per lo meno di origine sifilitica; si pensò in tal modo di farla rientrare nella categoria delle affezioni parasifilitiche, nelle quali la sifilide potrebbe essere la causa prima, il fattore originale, etiologicamente responsabile di lesioni che, senza conservare più la natura specifica, perchè non più curabili con rimedii specifici, sarebbero non pertanto di origine sifilitica.

L'osservazione clinica in vero ha fatto rare volte escludere una pregressa infezione luetica in inferme affette da ulcera cronica vulvare; ma è da notare che quei rari casi furono riferiti quando non si disponeva che del solo esame clinico, col quale è possibile non riuscire ad accertare l'esistenza di una sifilide in individui che ignorino o nascondano dei precedenti luetici.

Personali osservazioni fatte su 20 inferme affette da ulcere croniche vulvari, più volte ricoverate dal 1910 ad oggi nelle sale celtiche mai mi permisero di escludere una pregressa infezione sifilitica, e la siero-reazione di Wassermann, anche nell'assenza di manifestazioni specifiche, fu sempre positiva.

La elevata percentuale di risultati positivi forniti dalla reazione di Wassermann tanto col siero di sangue quanto col liquido cefalo-rachidiano, non solo ha riaffermato in modo nettamente obbiettivo gli stretti rapporti che legano quegli stati morbosi classificati col nome di parasifilidi alla lue, ma eziandio è valsa ad orientare in un altro senso la concezione finora dominante sulla natura di queste affezioni, nel senso cioè che esse dovessero considerarsi non già come parasifilitiche, ma come particolari modalità di manifestarsi del virus sifilitico. E se la reazione di Wassermann ha riconfermato con la sua frequenza di responsi positivi il concetto etiologico e patogenetico dalla clinica da tempo enunciato, che tanto la paralisi progressiva quanto la tabe hanno quasi sempre la loro origine nell'infezione leutica, tale concetto ha trovato conferma e definitivo suggello nella recente scoperta del Noguchi, il quale è riuscito a dimostrare la presenza della spirochete pallida tanto nel cervello di soggetti affetti da paralisi progressiva (25 % dei casi esaminati), quanto in un caso di tabe dorsale; scoperta che ha oramai la sanzione di numerose conferme e di percentuali più elevate.

Ricerche da me intraprese in un solo caso di ulcera cronica della vulva non mi fecero riscontrare la presenza in numerosi preparati allestiti sia per striscio che al paraboloide, di spirochete. È da notarsi però che quell'inferma era stata da tempo sottoposta a cure locali detersive e caustiche ed a cure generali specifiche; ed è noto oramai a tutti come la ricerca microscopica per la diagnosi diretta dell'agente causale della sifilide non di raro rimanga delusa. Il successo è raro nelle gomme, e può facilmente essere negativo in lesioni recenti anche perchè a renderlo negativo bastano le cure topiche detersive al paziente fatte precedentemente sul focolaio di ricerca, e le iniziate cure specifiche.

Occorrerà ripetere ancora ed in più casi la ricerca del treponema per accertare o meno la sua esistenza nell'ulcera cronica della vulva; sarà questo lo studio che mi propongo di fare quando mi si presentino esemplari di ulcere croniche vulvari che non abbiano subìto l'azione di rimedi antisettici e caustici e di cure generali specifiche.

Nè l'esame istologico della lesione è valso a chiarire la natura di essa. Vero è in proposito che l'esame istopatologico d'una lesione sospetta sifilitica non può da solo, senza la dimostrazione del treponema dare alcuna certezza sulla natura di essa; pure un reperto che ripeta alterazioni simili a quelle descritte per la sifilide può in casi speciali richiamare alla memoria del clinico la natura luetica della lesione in esame e, non foss'altro, indurlo ad esperire il criterio terapeutico insieme agli altri criteri di indagine diagnostica.

Dubreuil e Brau, Mazza, Fiocco e Levi descrissero nell'ulcera cronica della vulva un tessuto di infiltrazione più o meno compatto alla base di essa, più raro ai lati e al fondo, abbondante nello strato papillare e attorno ai vasi le cui tuniche erano ispessite, con fatti degenerativi del reticolo malpighiano.

Il Calderone che si occupò a lungo dello studio dell'estiomene trovò che l'elemento che domina la lesione oltre all'infiltrazione parvicellulare, è l'affezione vasale: « vascolarizzazione generale di tutta la regione ammalata e delle vicinanze, vasi voluminosi, produzione sovrabbondante di vasi di neoformazione, alterazioni vascolari per infiltrazione della tunica media ed esterna, intensa periarterite e proliferazione della tunica interna con obliterazione del vaso, ecc. ». Da quel reperto istopatologico che ripete alterazioni simili a quelle descritte per la sifilide l'A. ritenne che la sifilide, senza essere la causa efficente dell'affezione, agisca come causa predisponente, contribuendo a determinare le descritte lesioni vasali.

I clinici intanto sono stati sempre concordi nel riferire che tanto le cure mercuriali quanto le jodiche, somministrate nelle dosi e nelle formule più adatte, mai sono valse a guarire un'ulcera cronica della vulva; dal mancato criterio terapeutico si è dedotto che

essa possieda una personalità propria e trovi la sua ragione d'essere nello stato di alterata nutrizione delle parti, ove essa si origina, per eccessi venerei, per affezioni croniche uterine, per trascuranza di norme igieniche verso gli organi genitali, per defedate condizioni generali, ecc.

L'osservazione clinica ci ha però da tempo dimostrato che esiste una serie di lesioni e sindromi morbose durante i periodi evolutivi della sifilide tanto acquisita che ereditaria, le quali non rispondono all'azione del mercurio e dei preparati jodici.

Alcune ulcerazioni a carattere invadente, fagedenico, della sifilide maligna; alcune gomme ossee e delle mucose; alcune lesioni delle appendici cutanee (onissi e paraonissi); la cheratosi palmare e plantare; alcune affezioni di apparecchi interni; sono state ben presto guarite da dosi anche piccole di salvarsan o di neosalvarsan, mentre erano rimaste ribelli alle più energiche cure mercuriali ed jodiche.

La nessuna influenza delle cure specifiche, e tanto meno delle medicature locali, sono pertanto causa di un grande consumo di giornate di spedalità; le inferme dopo lunghe degenze ospedaliere vengono sempre dimesse non guarite, per ritornarvi dopo breve tempo, e spesso in condizioni di gravi peggioramenti locali.

*
* *

Avevo nel marzo u. s. in cura nelle sale celtiche tre inferme affette da ulcere croniche vulvari; le più energiche cure generali specifiche (iniezioni di calomelano; di bi-joduro di mercurio; joduro di potassio a forte dosi) e gli svariati mezzi di cura locale; non esclusa la cauterizzazione col termocauterio ed il raschiamento, non avevano arrecato che lievi miglioramenti dovuti forse più alla scrupolosa pulizia ed al riposo dell'inferma, anzichè alle cure farmaceutiche e chirurgiche prestate.

Volli provare se il neosalvarsan fosse capace di spiegare un'azione benefica su quelle lesioni, e così affrettare la dimissione delle inferme che insistentemente chiedevano di lasciare le cure ritenendole oramai impotenti a guarirle.

Riporto brevemente le storie cliniche:

Osservazione I. — G... B..., di anni 28, da 13 anni dedita al meretricio. Contagiata più volte di ulcere ai genitali e di blenorragia, risulta dai registri delle sale celtiche che la sua infezione sifilitica rimonta a circa 10 anni or sono.

È stata varie volte affetta da dermatosi sifilitiche ed ha fatto numerose, per quanto insufficienti cure specifiche. Da due anni è affetta da ulcera cronica all'ostio vaginale, che allo stato attuale si è estesa anche alla superficie interna del piccolo labbro destro. È stata varie volte ricoverata nelle sale celtiche; n'è stata dimessa per volontà propria non guarita da questa lesione per ritornarvi dopo breve tempo.

L'esame clinico non lasciava alcun dubbio sulla diagnosi di una pregressa infezione luetica: la cute offriva postumi di pregressi sifilodermi pustolosi e gommosi; la sieroreazione di Wassermann e la intradermoreazione alle luetina Noguchi erano nettamente positive.

Osservazione II. — C... P..., di anni 26, da 6 anni dedita al meretricio.

Affetta da sifilide tubercolo-serpiginosa alla fronte e da ulcera cronica al vestibolo che datava da circa un anno; reazione di Wassermann e intradermoreazione alla luetina positive.

Il trattamento misto jodo-mercuriale guarì la sifilide tubercolo-serpiginosa, rimase però non modificata la lesione vulvare che fu più volte sottoposta a raschiamenti, a causticazioni varie e a medicature antisettiche.

Osservazione III. — G... Z..., di anni 31, da molti anni dedita al meretricio.

Affetta da qualche mese da gomma ulcerata alla gamba destra, e da circa un anno da ulcera cronica alla superficie interna del piccolo labbro sinistro estesa attualmente all'ostio vaginale ed alla parete della vagina; stato elefantiasico delle grandi labbra. Un lungo trattamento jodo-mercuriale aveva guarito l'ulcerazione gommosa della gamba; aveva lasciato immutata la lesione ulcerosa dei genitali. La reazione di Wassermann era positiva; l'intradermoreazione alla luetina positiva.

Le lesioni ulcerose vulvari offerte dalle tre inferme avevano forma irregolare, margini rilevati, arrovesciati a volte in dentro, tal'altra in fuori, accartocciati, fondo ulcerativo omogeneo, torpido, spesso sanguinante al tocco, senza tendenza distruttiva, e conservavano sempre il carattere di stazionarietà, di lesioni indolenti e ribelli ai trattamenti jodo-mercuriali e locali.

L'azione spiegata dal neosalvarsan iniettato per via endovenosa in soluzioni concentrate fu evidente e meravigliosamente rapida. Dopo la prima iniezione di gr. 0.15 di rimedio si notò in tutte tre le inferme un miglioramento manifesto; le lesioni si detersero quasi completamente e sui loro bordi apparve qualche bottone carnoso. La seconda iniezione di gr. 0.30 praticata dopo quattro giorni rese uniformemente granulanti le lesioni e fece iniziare il processo di cicatrizzazione dalla periferia al centro. Alla terza iniezione di gr. 0.40 fatta dopo cinque giorni dalla seconda subentrò la guarigione. Quelle

ulcere rimaste per anni ribelli alle ordinarie cure specifiche ripararono dunque infra il quindicesimo giorno dall'iniziato nuovo trattamento, come se si fosse trattato di lesioni sifilitiche ulcerose, le quali in modo rapido e sorprendente costantemente risentono l'azione delle cure salvarsaniche.

Ho riveduto più volte quelle inferme; sul posto delle sofferte lesioni ulcerose permane una cicatrice piana, solida, alquanto pigmentata alla periferia.

*
* *

Mi sono indotto a descrivere fin d'ora questi casi per l'interesse pratico che essi presentano, per quanto il tributo dottrinale recato dalle mie osservazioni non sia nè completo nè risolutivo.

Infatti i miei casi attestano soltanto la guarigione possibile delle ulcere croniche della vulva mediante il neosalvarsan; non ci autorizzano invece a trarre delle inferenze intorno al problema della natura delle lesioni stesse.

Il risultato terapeutico ottenuto afferma soltanto quello che già si sapeva, cioè che esiste un nesso tra sifilide e lesione vulvare; non ci dice però quale sia questo nesso. A precisarlo occorrono ulteriori indagini dirette a rintracciare la spirochete nella lesione e ad accertare o escludere la possibilità di trasmissione al coniglio, indagini che mi propongo di completare.

Intanto ho ritenuto non priva di interesse la pubblicazione della presente nota perchè mette in rilievo la rapida guarigione di lesioni che nei reparti celtici sono causa di un grande consumo di giornate di spedalità, e perchè dimostra come il neosalvarsan toglie in breve tempo dai genitali di donne dedite al meretricio, e certamente sifilitiche, una lesione ulcerosa che, come qualsiasi ulcerazione fosse anche banale, potrebbe trasmettere la sifilide, perchè impiantata in individui sifilitici.

Il fascicolo di aprile 1915 della nostra Sezione Chirurgica conterrà i seguenti lavori:

Dott. L. STROPENI. *Contributo alla prognosi e alla cura della tubercolosi della lingua.*

Dott. G. BECCHERLE. *Su di un caso di duplicità incompleta dell'uretere.*

Dott. A. CHIASSERINI. *L'iniezione di alcool nei gangli spinali.*

L. LONGO. *Le pseudo appendiciti.*

(4)

RIVISTE SINTETICHE.

I metodi ed i risultati della chemoterapia sperimentale.

La chemioterapia sperimentale delle malattie infettive è un ramo nuovo della medicina giacchè sono appena trascorsi dieci anni dall'epoca in cui Ehrlich ed il suo discepolo Shiga descrissero la guarigione della tripanosomiasi del topo mediante il *trypanrot* come primo risultato delle loro ricerche chemioterapeutiche.

La chemioterapia sperimentale è basata sulla combinazione sistematica dei metodi chimici e biologici. Essa ha per presupposto la possibilità di provocare negli animali da esperimento infezioni, il cui decorso possa essere con sicurezza previsto e regolato.

Noi conoscevamo qualche cosa del genere per le infezioni batteriche e la sieroterapia è basata appunto su questo principio. Tali infezioni sperimentali furono utilizzate vari anni fa dal Koch e dal Behring ed altri allo scopo di studiare la azione profilattica e curativa di sostanze chimiche ben conosciute: queste esperienze però fallirono, giacchè i disinfettanti adoperati si dimostrarono molto tossici per l'animale da esperimento almeno nella quantità necessaria a sterilizzarlo; perciò la sieroterapia, almeno per le infezioni batteriche, ha preso il sopravvento. Nelle infezioni da protozoi però, la cui importanza andava aumentando di giorno in giorno ed in cui la sieroterapia non poteva avere l'applicazione, fu l'idea di Ehrlich di tentare una chemioterapia nella forma e nel modo più utile per la sterilizzazione dell'animale da esperimento, senza che questo avesse a subirne danni. Il chinino per la malaria dimostra appunto il vantaggio di una terapia chimica nelle infezioni da protozoi.

Le esperienze furono praticate specialmente sull'infezione da tripanosoma dei topi che più si presta a studi sperimentali.

L'Ehrlich parte anzitutto dalla constatazione che una determinata sostanza chimica ha una azione sul decorso dell'infezione, ciò che per lo più si nota per via empirica: poi si provano tutte le combinazioni chimiche affini.

Così l'Ehrlich partendo dalle ricerche sistematiche sui derivati dell'arsenico arrivò all'atoxil che è un derivato dell'acido fenol-arsenioso; da esso arrivò all'arsacetina che si dimostrò nell'infezione da tripanosomi più attiva. Nel gruppo dell'arsenobenzolo si vide che le proprietà parassiticide andavano aumentando, e l'Ehrlich constatò che di numerosissimi preparati sperimentati la massima azione contro i parassiti,

senza azione tossica per l'organismo, si dimostrò nel diossidiamidoarsenobenzolo che dette ottimi risultati in tutte le spirillosi (spirochete dei polli, ricorrente del topo, infezione sifilitica del coniglio) e che fu chiamato salvarsan.

Nella chemioterapia è necessaria una facoltà di sintesi chimica non comune ed una tecnica di ricerche biologiche accurata che permetta di sperimentare su larga scala con tentativi e combinazioni sempre nuove all'infuori di qualunque causa di errore.

L'ideale della chemioterapia è che il rapporto tra dose curativa e dose tossica sia quanto è più possibile piccolo. Nell'atoxil questo rapporto è uguale all'unità, ciò che significa che la dose necessaria a far scomparire i tripanosomi dal sangue del topo provoca già nell'animale un'intossicazione irreparabile.

Nel salvarsan invece la dose curativa è 5-50 volte minore della dose tossica. Le proprietà terapeutiche vengono chiamate dall'Ehrlich *parassitotropiche,* le tossiche *organotropiche.*

Come le combinazioni dell'arsenico sono state esperimentate quelle delle sostanze coloranti del gruppo della benzidina, del trifenilmetano e dell'acridina.

Il successo massimo che si possa ottenere con un'esperienza chemoterapica è quello di produrre con un'unica iniezione di una dose non tossica per l'organismo la distruzione completa dei parassiti (*sterilisatio magna*). Se ciò non si verifica, dopo un certo tempo ha luogo una recidiva per opera dei parassiti scampati alla distruzione. Nello studio delle recidive, il Roehl e Gulbransohn hanno riscontrato che adoperando dosi insufficienti, i parassiti divengono sempre più resistenti alla sterilizzazione: questa resistenza non solo si trasmette nelle infezioni di altri organismi, ma persiste per varie generazioni.

Gli studi dell'Ehrlich hanno inoltre dimostrato che questo potere di resistere ai rimedi è specifico nel senso che si esplica solo verso le sostanze contro cui i parassiti sono stati immunizzati.

Per l'interpretazione del fenomeno l'Ehrlich si riferisce alla sua teoria delle catene laterali e parla dei chemorecettori specifici che possiederebbero i varî microrganismi. La resistenza alle sostanze chimiche si spiegherebbe con una diminuzione progressiva dell'affinità del chemorecettore.

Sono interessanti a questo proposito riferire le esperienze di Ehrlich allo scopo di spiegare il meccanismo delle recidive. Se s'infettano alcuni topi con un determinato stipite, dopo che nel sangue si sono sviluppati i parassiti si guarisce l'infezione con una dose adeguata di arsacetina o salvarsan. Dopo alcuni giorni se s'inocula ad alcuni topi guariti di nuovo il parassita, l'infezione non si sviluppa, mentre inoculando i parassiti di una recidiva, si determina una nuova infezione che ha tutti i caratteri di una primitiva come intensità e decorso. Da ciò risulta che lo stipite della recidiva e quello dell'infezione primitiva riguardo alle reazioni immunitarie si comportano come se si trattasse di due diversi tipi di parassiti: in altre parole lo stipite della recidiva è divenuto resistente agli anticorpi che i parassiti dell'infezione primitiva hanno determinato nel siero.

Le esperienze di Ehrlich, Roehl e Gulbranson hanno dimostrato che questa proprietà si eredita per diverse generazioni e può svilupparsi anche *in vitro*. Le esperienze del Morgenroth hanno poi dimostrato che i parassiti di varie recidive sono diversi tra loro rispetto alle reazioni immunitarie. Si comprende facilmente l'importanza teorica e pratica di questa tendenza del microrganismo a trasformarsi.

In questo fatto trovano la spiegazione l'insuccesso completo della sieroterapia nel campo delle infezioni da protozoi e gli splendidi risultati invece della chemoterapia. Con questo però non s'intende affermare che in un non lontano avvenire si riuscirà a creare le basi di una sieroterapia razionale delle infezioni parassitarie.

L'Ehrlich ha cercato anche di dare la spiegazione della guarigione spontanea che si verifica in certe infezioni da protozoi e da spirocheti dopo un certo numero di recidive: egli ha dimostrato che una infezione p. e. di spirilli provoca anticorpi che tendono a distruggerli: una parte sfugge a questo processo, è resistente, tende a moltiplicarsi creando la prima recidiva costituita da parassiti con un nuovo ricettore, anche contro questi si formano nuovi anticorpi. Il processo potrebbe continuare all'infinito se non esistesse un certo limite alle modificazioni delle recidive.

Le esperienze chemoterapiche si sono svolte specialmente sui tripanosomi: due altri gruppi di processi (spirillosi ed infezioni batteriche) sono aperti all'indagine scientifica. Già per le spirillosi hanno iniziato l'Ehrlich e l'Hata una serie di esperienze feconde di risultati, a cui dobbiamo la scoperta del salvarsan.

Nuovi ed inesplorati campi sono ora aperti alle ricerche chemioterapiche, tra cui i più importanti sono la tubercolosi e l'infezione streptococcica. Naturalmente qui manca un fattore notevole cioè il decorso dell'infezione da prevedersi con sicurezza.

Più facile a studiare dal punto di vista chemioterapeutico è la terapia della malaria perchè questa malattia ha un decorso tipico e già si hanno esperienze in proposito, giacchè è ormai dimostrato che esistono numerosi casi di malaria in cui il chinino ha poca o nessuna azione: in questi casi si è visto il salvarsan molto efficace, specialmente nella forma primaverile: si è anche talora osservato che dopo una iniezione endovenosa di salvarsan cessa la resistenza dei parassiti al chinino in eventuali recidive.

La chemoterapia della malaria avrebbe una importanza grandissima sull'emoglobinuria malarica e sulla liberazione dell'organismo dalle semilune. A scopo sperimentale può essere utilizzata l'azione parassiticida del chinino sui tripanosomi, azione che seppure lieve servirà come pare per ulteriori studi chemioterapici.

Per quel che si riferisce ai batteri sono state iniziate ricerche sulle infezioni da pneumococchi, sia partendo dal chinino che dai sali biliari: l'optochina (un derivato del chinino) è quella che come nella polmonite ha dimostrato un potere efficace: l'optochina ha una azione disinfettante specifica anche *in vitro*, ne ha minore in altre forme batteriche.

P. ALESSANDRINI.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Il trattamento operatorio delle lussazioni esterne della rotula.

(R. H. ANGLIN WHITELOCKE. *The British Journal of Surgery*, luglio 1914).

Lussazione esterna acuta. — Consiste nello spostamento della rotula direttamente all'esterno verso o dietro il condilo femorale: il sesamoide può semplicemente scivolare, sicchè la sua superficie articolare resta diretta verso l'osso o ruotare in modo che quella guardi in avanti, ciò che è più raro.

Ne sono causa predisponente il ginocchio valgo, una abnorme lassità dei legamenti, una deficienza di sviluppo del bordo esterno del condilo laterale. Ne può esser causa determinante una contrazione muscolare subitanea, mentre la gamba è estesa o in moderata flessione: il quadricipite contraendosi tende ad allinearsi nel senso della sua lunghezza e la rotula non trova come resistenza a spostarsi che il legamento rotuleo mediale da una parte, l'orlo osseo del condilo esterno dall'altra. In quasi tutti i casi di lussazione esterna della rotula, una ricerca accurata mette in evidenza una lacerazione o una iperdistensione del legamento rotuleo mediale.

Ne sono sintomi: la posizione di flessione della gamba; la perdita del movimento di estensione volontaria (il movimento passivo è possibile); la fissazione stabile della rotula nella nuova posizione nella quale è facilmente palpabile.

La diagnosi è facile per mezzo dell'ispezione e della palpazione che dimostrano la nuova posizione assunta dall'osso mentre lasciano apprezzare la superficie rotondeggiante dei condili femorali.

La riduzione è generalmente facile facendo flettere la coscia sul bacino (rilasciamento del retto anteriore) e ponendo in estensione la gamba (rilasciamento degli altri capi del quadricipite): una semplice manovra ricondurrà il sesamoide nella sua posizione normale.

Segue quasi sempre un emartro o una sinovite di lieve entità. Sarà bene applicare per 10 giorni una stecca: ma anche con questa precauzione non si è sicuri se senza un atto operativo si potrà ottenere un saldamento soddisfacente dei tessuti lacerati.

Nei casi dovuti a trauma, la prognosi è buona; mentre sarà riservata in quelli che dipendono dalla semplice azione muscolare, in quanto in essi è stato necessario il concorso di cause predisponenti che naturalmente persistono. Inoltre bisogna tener conto della lassità dell'articolazione che si è prodotta per la inazione muscolare (e conseguente atrofia) e capsulare. L'A. cita tre casi nei quali egli, tenendo appunto presenti tali circostanze, eseguì una riduzione cruenta praticando, dopo l'incisione dei tessuti sovrastanti, la sutura o il rinforzo del legamento interno della rotula con ottimi risultati. Il reperto operativo dimostrò tale una lesione dei tessuti, che si stenta a credere che le sole forze della natura sarebbero state capaci di riparare al danno prodottosi. In nessun libro viene consigliato questo intervento immediato.

Lussazione esterna cronica ricorrente. — La recidiva può esser solo occasionale, durante un movimento di flessione; o può prodursi con grande frequenza sì che il paziente impara a praticare da sè stesso la riduzione: ne risulta col tempo una articolazione rilassata, indebolita. La tendenza alla recidiva può esser combattuta con apparecchi speciali, tutti assai fastidiosi, o con metodi cruenti. Questi furono sin qui due: il rinforzo del lato mediale della capsula, il trapianto più verso l'interno del legamento rotuleo, e dettero talvolta dei buoni risultati. Goldthwait ha praticato parecchie volte con successo la sezione del tendine rotuleo nel

senso della lunghezza e il trapianto dell'inserzione della sua metà o terzo mediale più verso il lato interno della tibia. Kocher fissa sul lato esterno della rotula un lungo tratto del tendine del vasto interno. Robertson taglia il più basso possibile il tendine del semi-tendinoso e lo fissa a una porzione del legamento rotuleo che ha distaccato dalla sua inserzione; completa l'operazione col raccorciare con parecchie suture lineari la porzione mediale della capsula e della fascia. In un caso il successo fu così buono che il paziente chiese di essere operato anche sull'altro ginocchio che presentava la stessa lesione, e un anno dopo la duplice operazione egli è in grado di compiere ottimamente il suo lavoro in una fattoria.

Nell'agosto 1909 l'A. praticò una nuova operazione che solamente oggi pubblica. Si trattava di una ragazza apprendista sarta, in cui la lussazione si era presentata la prima volta all'età di tre anni e che di tanto in tanto si riproduceva, sì da renderle impossibile il suo lavoro: apparecchi e bendaggi i più svariati si erano dimostrati inutili. V'era una marcata tendenza al ginocchio valgo. L'A. messo allo scoperto con un adeguato lembo cutaneo (ad U, a base mediana anteriore) il legamento rotuleo, introduce dall'indietro all'avanti nello spessore delle sue fibre, press'a poco sulla linea mediana, un dissettore smusso fenestrato di Kochen e pratica così uno spazio verticale di circa un centimetro e mezzo: la borsa sottorotulea permette di non ledere la cavità articolare. Indi si va alla ricerca del tendine del retto interno che si ritrova facilmente sul bordo posteriore del sartorio (a sua volta ben identificabile per la direzione delle sue fibre): esso è isolato e sezionato il più vicino possibile alla sua inserzione tibiale e quindi portato all'interno e fatto passare, con l'aiuto del dissettore di Kocher attraverso alla fenestra che è stata praticata sul tendine rotuleo, quindi ribattuto e suturato: lungo questo suo nuovo percorso il tendine è fissato alla superficie esterna della capsula con punti isolati per evitarne la rotazione o l'allungamento. Di regola il tendine del retto interno è sufficientemente lungo da permettere il suo trapianto senza distenderlo eccessivamente, ma, se così non fosse, si potrebbe sezionare e disinserire parte del legamento rotuleo e quindi suturarlo al tendine del plantare. In nessuno dei nove casi ormai operati dall'A. con questo metodo fu costretto a ricorrere a questa manovra.

La paziente guarì perfettamente; fu operata quattro mesi dopo all'altro ginocchio e attualmente il suo disturbo è affatto scomparso (è in grado per esempio di cavalcare).

L'A. riferisce in seguito anche gli altri suoi casi nei quali però nessuna variante fece alla tecnica operatoria che abbiamo riferito ampiamente.

Il tendine del muscolo retto interno è stato scelto invece che quello del semitendinoso o di qualche altro muscolo, in parte a causa della sua posizione superficiale e della sua lunghezza e sottigliezza, ma principalmente perchè esso è fondamentalmente un adduttore nella sua azione e innervazione (nervo otturatore), ed agisce non solo come adduttore della coscia ma anche come flessore e rotatore interno del ginocchio; esso inoltre è un flessore del ginocchio meno importante del semitendinoso.

Il tendine trapiantato funziona nella sua nuova posizione come un legamento che fissa il tendine rotuleo e impedisce il passaggio all'esterno della rotula durante l'estensione completa del ginocchio, mentre che tende nello stesso tempo a ruotare il ginocchio stesso medialmente.

SEBASTIANI.

NEUROPATOLOGIA.

La diagnosi precoce della sclerosi a piastre della tabe e della paralisi progressiva.

(AUERBACH. *Zeits. für ärztliche Fortbildung*, 1914, n. 15 e 16).

Per la diagnosi precoce della sclerosi a piastre sono innanzi tutto importanti i disturbi della vista, che colpiscono nell'80 % dei casi solo un occhio, che si manifestano ora con una cefalea transitoria, ora con un accesso di vertigini e sono sempre accompagnati da una forte diminuzione dell'acutezza visiva.

Il visus può essere ridotto ad un quarto del normale o anche alla semplice capacità di riconoscere i movimenti delle mani a breve distanza. Quasi sempre si hanno scotomi, che sono assoluti per il rosso ed il verde, relativi per il bianco. La pressione sul bulbo o gli eccessivi movimenti dell'occhio malato provocano dolore. Il riflesso consensuale della pupilla è pronto, ma la reazione alla luce diretta è debole e lenta. Il reperto oftalmoscopico è di regola normale, ciò che dimostra che la lesione deve aver sede nelle porzioni posteriori del nervo ottico.

Il decorso di questi disturbi è nel maggior numero dei casi favorevole, ma spesso dopo qualche tempo si riscontra, anche quando la funzione visiva si è ristabilita normale, un impallidimento della papilla limitato alla metà temporale. Ed in questi individui si trova spes-

so una differenza nell'innervazione delle due metà del campo visivo, nistagmo, fenomeno di Romberg, tremori intenzionali in una o in tutte e due le mani differenza nella intensità del riflesso patellare ad ambo le parti o mancanza di esso ad un lato, fenomeno di Babinski ad un piede, riflesso paradosso di Gordon (alla pressione sui muscoli del polpaccio flessione dorsale del grosso dito), fenomeno della gamba di Oppenheim.

Talora i pazienti accusano oltre i disturbi della vista, parestesie alle mani. I casi che si iniziano con l'affezione del nervo ottico assumono spesso un decorso benigno, per quel che riguarda il progresso della malattia; non pochi di tali malati hanno delle soste lunghisssime. Ai sintomi precoci della sclerosi a piastre appartengono pure, oltre la cefalea e le vertigini, una grande debolezza, lievi disturbi della funzione vescicale, spesso nella forma di un eccessivo stimolo alla minzione, paralisi passeggere dei muscoli oculari esterni. D'altra parte la sclerosi a piastre già nei primi stadî può dar luogo ad accessi apoplettiformi con grave emiplegia, che negli individui giovani e nell'assenza di sifilide e di vizi cardiaci non possono essere attribuiti che alla malattia in quistione.

La sclerosi a piastra iniziale è stata frequentemente scambiata con la sifilide cerebro-spinale, per quanto nella prima malattia manchino di regola i disturbi della sensibilità, e nella seconda siano rari il nistagmo, la parola scandita, i tremori intenzionali. Le reazioni biologiche per la sifilide sono molto importanti per la diagnosi differenziale, ma bisogna pur tener conto della possibilità che la sclerosi a piastre si verifichi anche in soggetti sifilitici, come si è potuto dimostrare al tavolo anatomico.

Ad ogni modo nei casi dubbi bisogna sempre fare il trattamento antisifilitico, che non aggrava la sclerosi e riesce utile nella sifilide cerebro-spinale. Le malattie sistematiche dei cordoni posteriori e laterali hanno un decorso progressivo regolare e non saltuario come la sclerosi, e d'altra pare la rigidità pupillare, la miosi, la precoce atrofia degenerativa dei nervi ottici sono elementi di non dubbio valore. La pseudo-sclerosi diffusa di Westphal come la sclerosi cerebrale diffusa producono gravi disturbi psichici, mentre in essa manca per lo più il nistagmo e l'atrofia ottica, ed il tremore è presente anche nel riposo.

Per la diagnosi differenziale con l'isteria, con la quale spesso la sclerosi a piastre è scambiata, bisogna tener presenti i seguenti fatti: l'impallidimento della metà temporale della papilla ottica parla contro l'isteria, nella quale a dir vero i tremori hanno caratteri ben differenti da quelli della sclerosi. Una tipica para- o emiparesi spastica non si presenta nell'isteria, si ha solo una irriducibile rigidità della muscolatura delle estremità inferiori nei movimenti attivi, tanto che nell'isteria mancano sempre i sintomi di Babinski, Oppenheim, Mendel-Bechterew, Gordon. Nell'isteria i riflessi tendinei sono sempre presenti. Nell'ipnosi molti disturbi (contratture, tremori, ecc.) isterici scompaiono.

Nella tabe si può verificare che per molto tempo gli unici sintomi siano le crisi gastriche e le artropatie, ed in mancanza di ogni altro segno di tabe un errore diagnostico non solo è possibile, ma è anche scusabile. Importante è presenza di an- o iperestesia alle estremità inferiori, oppure di iperestesia tattile per il freddo al tronco. I riflessi achillei spesso mancano, quando sono ancora presenti quelli patellari. Con speciale cura devono essere ricercate le transitorie paralisi dei muscoli oculari.

D'altra parte è noto che la tabe può iniziarsi con disturbi della vista. Sintomi precoci rari sono: accessi di emicrania, crisi laringee, impotenza sessuale. Le polineuriti si distinguono dalla tabe per il loro sviluppo acuto, per i disturbi vescicali, per l'ipoalgesia, per la mancanza di crisi, per l'assenza quasi costante di rigidità pupillare alla luce.

Nella tabe poi manca la sensibilità dei tronchi nervosi. La diagnosi differenziale con la pseudo-tabe diabetica è difficile, perchè anche nella tabe quando vi sia compartecipazione del bulbo può aversi la glicosuria, ed un diabete può essere complicato da una tabe. Ad ogni modo nel diabete mancano le crisi, i disturbi pupillari, l'incontinenza di urina. L'esame del liquido cefalo-rachidiano (linfocitosi, reazione di Wassermann) è molto probativo per l'affezione metasifilitica.

Di grande importanza per la diagnosi precoce della paralisi progressiva sono i varî sintomi della tabe (taboparalisi), i disturbi disartrici, la fiacchezza della critica, la facile esauribilità mentale, la perdita dei più alti sentimenti morali, e finalmente gli accessi paralitici. Frequentemente lo stadio iniziale della demenza paralitica è scambiato per neurastenia, ma i disturbi della parola sono al riguardo di una importanza decisiva. Nella sifilide cerebrale mancano pure i disturbi della parola, e la demenza non è mai così grave come nella paralisi progressiva. Nel sospetto di un tumore cerebrale, essendo la puntura lombare pericolosa, Förster consiglia la puntura del cervello che permette di escludere o affermare la diagnosi di paralisi. I disturbi della parola hanno nella sclerosi a piastre un carattere ben differente, un vero nistagmo manca nella paralisi, e nella sclerosi

la demenza compare solo all'ultimo stadio della malattia.

Ciò non esclude che si possa avere una combinazione delle due malattie. Anche i disturbi della favella dell'alcoolismo si possono facilmente distinguere da quelli della paralisi, del resto nell'intossicazione alcoolica è rara la rigidità riflessa delle pupille. Lo stesso può dirsi dell'encefalopatia saturnina, che è per altro sempre accompagnata da altri fenomeni dipendenti dall'intossicazione da piombo.

DRAGOTTI.

MEDICINA DI GUERRA.

Il trattamento delle ferite in guerra.

(A. KOBLER. *Med. Klinik*, n. 46, 15 nov. 1914).

La medicatura può applicarsi quando l'emorragia è cessata, solo se questa è leggera e specialmente venosa, può essere arrestata dalla stessa medicatura.

L'applicare il laccio o fascie elastiche per emostasi provvisoria può permettersi dopo che l'arto è stato tenuto in alto per molto tempo.

Se una ferita sanguina da piccoli vasi è meglio rinunciare alla sutura e tamponare, levando il tampone dopo alcuni giorni. Se dopo questo tempo non vi è infiammazione e suppurazione si può riunire in secondo tempo la ferita.

Si usano anche varie sostanze estratte dalle capsule surrenali; di queste, l'astmolisina, è una combinazione con estratto di ipofisi e pare che agisca anche iniettata sotto cute. Un tampone imbevuto di soluzione 1 per mille (di cui 5-10 goccie su 20 cmc. di soluz. fisiol. normale) può essere bene utilizzato. Questo si associerebbe ad iniezioni sotto ed intracutanee della soluzione medesima, ma coll'aggiunta dell'1 per mille di cocaina o novocaina, ecc.

Sebbene in guerra si improvvisino mezzi e locali non destinati a ricovero e cura di ammalati, pure, in generale, ciò non ha influenza sul decorso delle ferite. L'impiego del materiale già preparato e l'osservanza delle regole igieniche e antisettiche è sufficiente a vincere le difficoltà. Ammalati con forme suppuranti ed infettanti devono essere isolati o quanto meno visitati per ultimi.

Circa alla cosidetta elioterapia delle ferite, essa viene raccomandata in guerra. Secondo il parere di Strauss, durante la stagione più avanzata, i raggi solari dovrebbero essere sostituiti dai raggi Roentgen. Le comunicazioni favorevoli si riferiscono solo all'azione favorevole sulle ferite granuleggianti e processi infiammatorî della pelle e dalle glandole come pure sull'azione calmante del dolore dei raggi Roeutgen « Se la terapia coi raggi abbia un significato più largo, si vedrà in seguito » (Strauss).

Ora è bene che ciò sia accertato prima di raccomandare questo mezzo di cura sul campo. Di grande importanza è un decorso asettico in tutte le ferite delle vene e in special modo nelle ferite in prossimità delle grosse vene.

Si riteneva in passato che la legatura della a. femorale per esempio portasse di necessità gangrena parziale o totale della parte sottostante, ma effettivamente in questa operazione o nella esportazione invece di un tratto della vena femorale ciò non accade. È però importantissima l'asepsi. Se comincia infiammazione e suppurazione, vi ha pericolo di emorragie secondarie, trombosi, embolia. Nei dintorni di ogni località infiammata vi è edema e dura infiltrazione, e, oltre a rossore, dolore, calore, anche tumore. Il circolo arterioso non è molto compromesso, lo è di più invece il venoso ed anche la nutrizione della parte. Quindi può accadere di giungere a tali risultati per non aver potuto mantenere l'asepsi in causa di una piccola ferita delle vene, circostanza tanto più dolorosa se dovuta a maneggi operativi, come talvolta accade per insufficienza di personale d'assistenza, cattiva illuminazione, ecc. Nelle ferite di shrapnell o di scheggie di granata il pericolo esiste quasi sempre ed il trasporto nei primi 5-6 giorni è sconsigliabile.

Vi è poi, nelle lesioni delle vene, il pericolo di morte immediata per l'entrata d'aria, specie se le labbra della ferita non hanno potuto collabire insieme.

Le più pericolose sono, sotto questo aspetto, le lesioni della vena ascellare, giugulare interna e succlavia al collo per la loro posizione in vicinanza della parte superiore del torace, i rapporti di essi colla fascia profonda del collo e colla fascia ascellare. Nelle ferite delle vene che, malgrado la loro distanza dal torace, sono esposte all'azione di succhiamento e di arresto dovuta ai movimenti respiratorî, è reso difficile o impossibile il collabire dei margini.

Così accade nei seni venosi della dura madre. Nei casi di accidenti consimili per lesioni di vene delle estremità, anche per salasso, trasfusione, ecc., o vi è alterazione delle pareti o errore di tecnica, che oggi possono essere più rari. Spesso si ha esito letale immediato, talora, per eccezione, sintomi più leggeri, come svenimenti e senso di soffocazione. Questi casi ora sono molto rari e si potrà talvolta attribuire ad altra causa il manifestarsi di accidenti improvvisi di tal genere. Tuttavia, se si sarà inteso il rumore caratteristico soffiante, se vi sarà stata perdita di coscienza e senso di angoscia, rumore

di soffio sistolico, fuoruscita di spuma sanguigna dalla ferita della vena, midriasi, cianosi, tremori e crampi, non si commetterà errore stabilendo diagnosi di entrata d'aria nelle vene.

I sopradescritti sintomi si chiariscono meglio pensando alla via che l'aria entrata può seguire, sia portandosi al cuore destro e cagionare la morte per lo sforzo, cosa che accade anche se aria penetra nelle vene coronarie, sia per embolia dei capillari plomonari. Talvolta può però oltrepassare anche questi, giungere al cuore sinistro e poi formare degli emboli nel cervello.

I mezzi di cura proposti dànno pochi risultati. Così la forte compressione del torace nell'espirazione con chiusura della ferita nella inspirazione, il tentativo di Magendie, riuscitogli negli animali, di introdurre una cannula di vetro nel cuore destro per succhiare di nuovo l'aria; quello di cacciarla a mezzo di sforzi, come lo starnutare il tossire, vomitare, ecc.

Alcuni proposero il salasso; altri, per portar sangue al cervello, la compressione dell'aorta addominale.

Con un buon tamponamento, se non segue morte immediata, possiamo almeno impedire che entri dell'altra aria. Così la compressione della vena fra la ferita e il cuore, può essere utile. Un'altra proposta, di riempire la ferita di sangue o con un altro liquido asettico, ha solamente scopo se nella prossima espirazione le bolle d'aria escono fuori e nella inspirazione non ne entrano altre.

P. ZANUTTINI.

PATOLOGIA PROFESSIONALE.

Lo sforzo del cuore e sue conseguenze

per il dott. ERCOLANI PIETRO.

Il Da Costa in seguito ad una lunga esperienza nella pratica ospedaliera espone i suoi studi intorno a quello che egli chiamò *irritable heart*. Egli aveva trovato in qualche caso ipertrofia ed in qualche altro, più raro, dilatazione cardiaca. Generalmente i sintomi erano subiettivi piuttosto che obiettivi. Quelli che maggiormente andavano soggetti erano soldati i quali, trovandosi in condizioni di salute non buone erano costretti a lunghe e faticose marce, a combattimenti fierissimi, con l'ansietà mentale consecutiva, ad assedi protratti, alla costruzione di fortificazioni, ecc. Dopo la guerra Franco-Prussiana del 1870 il Fraentzel ebbe modo di confermare le osservazioni del Da Costa, ed oltre alle cause sopra citate, assegnò speciale importanza alla pressione sul torace del vestito e degli altri equipaggiamenti militari. In seguito Fothergill, Morgan, Flint, Leyden ed altri hanno rilevato l'influenza degli sforzi muscolari eccessivi sulla genesi delle lesioni cardiache. La letteratura sull'argomento è quindi ormai ricca; ma ciononostante, sotto il rispetto clinico esso non ha peraltro richiamata l'attenzione generale, come merita. Molti casi contrassegnati da sintomi cardiaci oscuri e vaghi, prendono origine in tal guisa e non possono avvantaggiarsi della cura se questa non sia diretta sulla guida di una tale idea. Nel 1872 l'Albutt pubblicò un lavoro sull'influenza del lavoro eccessivo e dello sforzo sul cuore e sui grandi vasi sanguigni, esponendo i dati delle esperienze praticate sopra sè stesso durante una escursione podistica su alte montagne.

Nel pomeriggio di una giornata, le cui ore mattutine erano state impiegate nell'ascendere il monte, egli decise di spingersi fino ad una vetta anche più elevata di quella in cui aveva allora fatto sosta. Durante l'ascensione che fu assai difficile e faticosa di subito avvertì uno strano e singolare bisogno di respirare, accompagnato da un senso assai tormentoso di distensione e di pulsazione nell'epigastrio. Ponendo la mano sulla regione cardiaca notò un battito violento e diffuso fino all'epigastrio. Sospendendo l'ascensione e rimanendo quieto, questi sintomi molesti scomparvero; ma, ad un altro tentativo di ripigliare l'ascesa, si riprodussero. Come egli giungeva in un luogo piano e vi si fermava, si sentiva perfettamente a suo agio e non provava alcuno dei disturbi sopracitati. Le cose continuarono in tal guisa sino al mattino seguente, quando egli fu svegliato da una riacutizzazione di sintomi. Finalmente tali fastidiose sensazioni scomparvero per non più tornare.

Il dott. Brunson, citato dal Fothergill, fece un'esperienza simile durante un'escursione pedestre nel Tirolo, e, interrogando le guide, trovò che la cosa non era rara fra gli alpinisti, e si avverava per solito quando essi erano sfiniti dal cammino od avevano sostenuto sforzi lunghi e violenti. Verificandosi simili inconvenienti le guide erano costrette a trasportare le vittime nel miglior modo possibile.

La malattia di cui ho per sommi capi riassunto la letteratura, ha ricevuto nomi diversi: strapazzo cardiaco dal Seitz, sforzo del cuore dall'Albutt, sub-paralisi muscolare del cuore dal Fothergill, irritabilità del cuore dal Da Costa.

Io ne ho osservato un caso nella mia pratica privata, che riporto qui brevemente perchè mi sembra di una certa importanza ed istruttivo.

T... G..., un giovane contadino di 20 anni, bene sviluppato e robusto, che non presentava antecedenti degni di nota, nell'eseguire un violento sforzo muscolare, d'un tratto avvertì un dolore pungente nella regione cardiaca, accompagnato da dispnea tormentosa, da cardiopalmo, e da una prostrazione generale così profonda che non si potè muovere dal sito ove si trovava. Fu portato a casa e due ore dopo lo vidi. Stava a letto col tronco sollevato sui guanciali, col volto alquanto cianotico ed il respiro un po' laborioso e frequente (24 pulsazioni al minuto), temperatura normale, pulsazioni 108, deboli, compressibili ed irregolari. Questa irregolarità appariva anche più manifesta sulla punta cardiaca.

Con l'esame fisico trovai l'aia cardiaca ingrandita in tutti i sensi, il battito della punta diffuso, ma più forte nel sesto spazio intercostale, nessun rumore, ma suono e tono un po' oscuri; fegato ingrandito; null'altro di abnorme.

Questo stato si mantenne quasi immutato per otto giorni; poi cominciò il miglioramento e a poco a poco, in un mese circa, la guarigione fu perfetta, rimanendo solo un po' ingrandita l'aia del cuore e rinforzato il battito della punta. Il giovane ha gentilizio completamene negativo per quanto riguarda l'alcoolismo e la sifilide, nè ha sofferto degli esantemi proprî dell'infanzia, nè di malattie degne di nota, come tifo, polmonite, ecc.

Questo caso riuscì per me assai interessante, ed in verità non ne avevo udito parlare che come di una curiosità clinica. La mia diagnosi fu di: dilatazione del cuore da strapazzo muscolare; ma, ricordando il detto di Voltaire: «Solo il ciarlatano è sempre certo», io non pretendo all'esattezza assoluta di questa diagnosi; ricordo solo che l'esame necroscopico, in casi che presentavano note cliniche simili, ha fatto riscontrare la lesione citata. Il Thompson riferisce di un giovane di 28 anni, che, dopo aver sollevato un grave peso, fu colto da sintomi di debolezza cardiaca; il suo stato si aggravò sempre più e lo trasse a morte al 14° giorno. L'autopsia mostrò dilatazione cardiaca con pareti sottili e cedevoli, ma senza lesione valvolare.

Giudicando dallo stato attuale del cuore del mio infermo, ho ragione di credere che vi si sia avverata una leggiera ipertrofia compensativa.

A spingere il sangue in tutto l'organismo, il cuore deve agire con forza sufficiente per vincere tutte le resistenze che il deflusso sanguigno incontra. Molte arterie s'incrociano con muscoli e tendini o giacciono fra due piani di tessuto muscolare. Quando questi muscoli si contraggono, il lume dei vasi sanguigni s'impiccolisce, e la pressione sanguigna fra il cuore e il punto ristretto aumenta.

Per superare questa resistenza il cuore deve contrarsi con maggior forza ed energia. Nei violenti sforzi muscolari, massime quando sono in azione i muscoli della porzione superiore del tronco, noi tratteniamo il respiro per dare ad essi un più valido punto di appoggio ed accrescere l'efficacia dello sforzo. La temporanea cessazione del respiro arresta la circolazione polmonare, e quindi la circolazione venosa generale, onde nei capillari e nelle arteriole si stabilisce un ostacolo diretto al lavoro propulsivo del cuore. Durante lo sforzo i centri nervosi sono irrorati da sangue imperfettamente ossigenato ed i centri vaso-motori ne vengono irritati, e così viene ad aumentare la pressione sanguigna. L'azione muscolare violenta produce dispnea e maggiore frequenza cardiaca, dipendente dall'incapacità del cuore a vincere la cresciuta resistenza ed a spingere il sangue nelle arteriole; affaticandosi esso per superare l'ostacolo, riceve nelle sue cavità più sangue di quello che possa cacciarne, ed allora, segni della deficiente sua azione, compaiono la dispnea e il cardiopalmo. Con l'esercizio graduale e regolare, il cuore si adatta a questa cresciuta resistenza e la supera senza disturbo. Tale è il processo di *avvezzamento,* ed alle persone che lo hanno compiuto, riescono agevoli sforzi e fatiche che sarebbero impossibili ai non addestrati. In molti casi l'avvezzamento produce evidente aumento nel volume e nella capacità del cuore; e se è spinto tropp'oltre, il cuore viene ad essere strapazzato e perde l'attitudine a compiere il necessario lavoro. In tali casi anche un leggiero esercizio provoca dispnea ed irregolare azione del cuore; e questa condizione può essere permanente, ovvero, mediante la cura opportuna, solo temporanea.

Le persone addette a grave lavoro fisico in posizioni forzate od incomode, gli operai di miniera, per esempio, sono specialmente esposte ad alterazioni cardiache. Esse usano, naturalmente, in massimo grado le mani e le braccia, e, ad accrescere l'efficacia dello sforzo, chiamano in azione i muscoli del corpo intero, specialmente del tronco, i quali forniscono a quelli del braccio un punto d'appoggio fisso e ne accrescono la potenza. Come ho detto prima, alla resistenza opposta dall'azione muscolare alla corrente sanguigna si aggiunge la resistenza accresciuta per il fatto che trattenendo il respiro s'impedisce la circolazione polmonare. Conosciamo tutti il cosidetto «cuore del fabbro-ferraio»; in questi casi stante l'eccessivo sforzo muscolare che si compie per battere col martello il metallo rovente, e pel fatto che l'operaio si affanna a lavorare il più che possibile

finchè il metallo è caldo abbastanza da potersi foggiare, il cuore è sottoposto ad un aumento di fatica, e, terminato il lavoro, l'operaio si trova in uno stato d'intenso eccitamento vascolare con dispnea ed esagerata azione del cuore.

Non di rado, a lungo andare si stabilisce ipertrofia del cuore, la quale, per un certo tempo, dà modo di superare l'aumento di resistenza. Però le valvole aortiche vengono a risentire gli effetti della violenza con cui sono chiuse, stante l'eccessiva pressione intravascolare, accresciuta com'è dall'ipertrofia cardiaca e dalle alterazioni ateromatose nell'aorta; e così si generano serie lesioni cardiache.

Gl'individui dediti a ginnastica violenta o ad esercizi atletici spesso vanno soggetti a grande dispnea e cardiopalmo; l'una e l'altro possono sparire del tutto, o ritornare sempre che si riprenda la fatica muscolare. Fra i viaggiatori di montagna, la più parte dei quali, stando a casa, menano vita relativamente priva di esercizio muscolare attivo, è da aspettarsi che lo sforzo del cuore si avveri assai spesso. Ad essi sembra che quanto più violento è l'esercizio cui si dànno, tanto maggiore dovrà essere il beneficio che ritrarranno dalla loro escursione estiva. Nella gara di eseguire le più alte e pericolose ascensioni, si espongono a violenti e prolungati sforzi muscolari, i quali di necessità producono intenso esaurimento fisico; e non è strano che in alcuni di questi casi il cuore finisca col divenire incapace a soddisfare la maggiore richiesta. Come parte del generale esaurimento muscolare, può avverarsi dilatazione del cuore; o, più spesso, la dispnea, l'ambascia cardiaca ed il cardiopalmo rivelano la deficiente energia del cuore.

Finora abbiamo discusso la questione in quanto si riferisce ad un cuore supposto normale nella costituzione nervosa e muscolare. Vi sono dei casi invece in cui, mentre è normale la capacità muscolare, il cuore difetta dell'opportuno stimolo nervoso, senza del quale non può funzionare a dovere. Il tessuto muscolare per conservare la sua tonicità ed elasticità, necessarie alla sua azione regolare, dev'essere animato da attiva ed abbondante energia nervosa.

Mancandogli questa, il muscolo funziona lentamente e laboriosamente, e con facilità si stanca ed esaurisce. La stanchezza del muscolo cardiaco si rivela con palpitazione e dispnea. Avendo perduta la sua tonicità ed elasticità, esso può esser dilatato dalla cresciuta pressione sanguigna; ovvero, ciò che succede più di frequente, dare origine ad ambascia cardiaca e dispnea; il cosidetto asma cardiaco è un indizio dello sforzo a cui il cuore è costretto. Le cause di questa deficiente eccitazione nervosa sono quelle stesse che deprimono l'energia nervosa generale: ansietà, rammarico, fare ora tarda, dissipazione, fatiche mentali intense e prolungate, abuso di thè, di caffè, di alcool, malattie pregresse. Anche l'impurità dell'aria offende indirettamente l'integrità del cuore. Spingendo del siero saturato di acido carbonico attraverso il cuore di una rana, il Cyon vide seguirvi arresto della pulsazione; entro breve tempo dopo che l'acido carbonico era stato sospeso e spingendo del siero puro, le pulsazioni ricominciavano. Aria impura significa sangue imperfettamente ossigenato; un tal sangue spinto al cervello implica svolgimento di forza nervosa deficiente; l'insufficiente stimolo nervoso fornito al cuore produce indebolimento dell'azione cardiaca e perdita di elasticità e tonicità nel muscolo cardiaco. A ciò deve aggiungersi la diretta influenza deprimente del sangue impuro sul cuore stesso, la quale colpisce i gangli del tessuto cardiaco.

Prendendo in considerazione le cause enumerate, il numero degl'individui esposti a queste cause e la relativa rarità con cui si avvera lo sforzo cardiaco, dobbiamo rivolgerci, per spiegare quest'apparente contraddizione, alla idiosincrasia personale.

In tali casi di sforzo cardiaco dev'esserci, oltre alla causa efficiente, una causa predisponente. L'*equazione personale* è una spiegazione alla quale, in mancanza di meglio, dobbiamo ricorrere frequentemente, e che, dati i nostri attuali mezzi d'indagine, rimarrà probabilmente, come l'x algebrica, una quantità ignota. Abbiamo ora veduta la relazione diretta fra l'esercizio muscolare eccessivo e le lesioni cardiache, ed anche alcune cause che influiscono sul cuore, indebolendone o deprimendone l'energia, e rendendolo così più soggetto ad offesa per l'azione dello sforzo muscolare. Abbiamo dimostrato la possibile influenza diretta sul cuore normale prodotta dal violento lavoro muscolare. Quanto adunque non dovrà essere più probabile siffatta influenza allorchè provocata da difetto di energia nervosa e da idiosincrasia personale?

Qual'è l'anatomia patologica di questa lesione? In qualche caso nessun mutamento fisico; in altri semplice dilatazione; in alcuni ipertrofia, talvolta degenerazione grassa, ma, secondo il Leyden, giammai sufficiente a spiegare la dilatazione che egli crede dovuta a vero distendimento del tessuto muscolare. Il cuore per sopperire al cresciuto lavoro, deve aggiungere alla dilatazione una ipertrofia che mantenga per anni la integrità della sua funzione, e conservi l'individuo immune da sintomi car-

diaci. Se però, data una causa qualsiasi, l'ipertrofia viene a mancare, si avrà un disordine cardiaco organico dipendente dallo strapazzo subìto negli anni innanzi e non già, come si potrebbe supporre, da qualche causa recente. In casi di lunga durata, o d'insolita gravezza, può verificarsi notevole edema; il Leyden, nella autopsie di casi di questo genere, trovava dilatazione; ma naturalmente, la dilatazione e la conseguente depressione cardiaca erano la causa della morte, e poichè alcuni casi guariscono in apparenza completamente, è da supporre che, dove la guarigione avviene, o non vi siano state originariamente alterazioni anatomiche nel miocardio, o la dilatazione sia scomparsa e la *restitutio ad integrum* sia stata perfetta.

Dalle cose dette, credo poter dedurre le seguenti conclusioni:

1° il muscolo cardiaco, come altri muscoli, è soggetto ad offesa per lavoro eccessivo;

2° come gli altri muscoli, può indebolirsi per lavoro insolito ed eccessivo, e, perdendo la sua tonicità ed elasticità, dilatarsi sotto l'azione della cresciuta pressione sanguigna;

3° come gli altri muscoli può adattarsi alla cresciuta fatica e divenire ipertrofico;

4° come gli altri muscoli, può non presentare alcun segno fisico quale effetto del cresciuto lavoro, ma esaurirsi e dar segno dell'esaurimento con un'azione debole e irregolare (spasmodica).

Il cuore può manifestare i segni dello sforzo e del lavoro eccessivo in due modi:

1° con un'azione debole ed irregolare, senza alcun mutamento fisico dimostrabile;

2° in aggiunta all'azione irregolare, con mutamenti fisici, come dilatazione ed ipertrofia.

Naturalmente i sintomi che distinguono la prima condizione accompagnano pure la seconda; e, in aggiunta, l'esame fisico rivela le note dell'ingrandimento del cuore. Quando si sia avverata l'ipertrofia compensativa, oltre il cresciuto volume del cuore, può non aversi altro segno del suo sforzo pregresso. In tal caso la notizia di lavoro eccessivo muscolare precedente richiamerà l'attenzione sui sintomi cardiaci. I quali possono scoppiare d'un tratto, in seguito a fatica violenta e prolungata, ovvero apparire gradatamente; nell' ultimo caso, le cause predisponenti, il difetto d' energia nervosa, l'impurità dell'aria, ecc., sono i fattori più importanti.

I sintomi immediati sono compresi nel termine *asma cardiaco*: azione laboriosa ed irregolare del cuore, dispnea tormentosa e dolore nella regione cardiaca. Dipendendo dall'intensità dello sforzo, questi sintomi variano anch'essi nell'intensità, talora leggieri, tal'altra gravi da sembrar minacciosi verso la crisi finale. L'anemia cerebrale da imperfetta azione cardiaca produce deliquio e vertigine. Quando il cuore è soggiaciuto a dilatazione, l'esame fisico ce la rileverà, se, naturalmente, sia di grado tale da essere riconosciuta. Nella massima parte dei casi della prima categoria si ha leggiera dilatazione, la quale non è rilevabile con l'esame obiettivo. Il battito della punta è di solito il miglior criterio per giudicare lo stato del ventricolo sinistro, asserisce Leyden.

L'ascoltazione rivela suono e tono chiari, ma deboli; qualche volta un rumore sistolico sulla punta dovuto all'insufficienza relativa della valvola mitrale. Nei casi che vanno di male in peggio la dispnea diviene intensissima e tormentosa; il dolore cardiaco si aggrava e si fa simile a quello della vera *angina pectoris;* sopraggiunge incapacità agli sforzi fisici o mentali, vertigine e deliquio, disturbi digestivi, disturbi della circolazione ed edema. Da ultimo l'esaurimento del muscolo cardiaco raggiunge l'acme; la soppressione dell'urina, il collasso, il coma e a morte. L'ultima fase è simile a quella di ogni malattia valvolare, anzi, per quel che riguarda causa ed effetto, è identica, come identica è l'asistolia od insufficienza cardiaca, che produce la morte.

Belvedere Ostrense, agosto 1914.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 febbraio 1915.

Presidenza del prof. G. GAGLIO, Vice-presidente.

Prof. E. MARCHIAFAVA. Commemorazione del professore ANGELO CELLI, accademico ordinario. — L'O. commemorando il prof. Angelo Celli ne fa risaltare la nobile figura mettendo in giusta luce i meriti di cittadino, di scienziato, di legislatore. La sua perdita immatura, dice l'O., è stata un grave lutto per la scienza e per l'umanità.

Per la scienza Egli fu uno degli organizzatori degli studi igienici in Italia fondando laboratori ed indirizzando una numerosa schiera di valorosi allievi a ricerche scientifiche su campi svariatissimi dell'Igiene. Molti metodi di indagine proposti e descritti da lui e dai suoi scolari sono ancora adottati.

Gli studi sull'alimentazione degli operai e degli agricoltori, sul valore delle paste alimentari di grano, di mais e miste, sul valore alimentare del pane di diversa fabbricazione, le indagini fatte sugli stabilimenti di fabbricazione del tabacco hanno la più grande importanza dal punto di vista sociale per i nuovi dati e per le nuove verità acquisite alla scienza.

Gli studi sull'agalassia delle capre e delle pecore hanno avuto un grande valore economico. Infine gli studi sulla infezione malarica e sui mezzi per prevenirla e combatterla oltre l'importanza scientifica ebbero ed hanno tuttora una importanza altamente filantropica.

Per i miseri, Angelo Celli sostenne aspre lotte e gli ostacoli incontrati per l'attuazione dei suoi propositi non lo scoraggiarono, ma furono stimolo ed incentivo a persistere nella via battuta attingendo nuova energia dalla nobiltà della causa sostenuta. Fu sempre convinto, che la bontà dell'idea da lui propugnata dovesse avere il sopravvento, ed ebbe ragione. Una serie di disposizioni legislative furono approvate dal Parlamento nazionale in seguito a vive e profonde discussioni alle quali il prof. Angelo Celli portò tutto lo slancio dell'idealista puro, tutta la competenza dello scienziato provetto. Molte di tali disposizioni sono state in seguito copiate ed adottate da altre Nazioni.

Nelle escursioni che Egli periodicamente faceva attraverso la campagna romana per studiare e combattere l'infezione malarica constatò a quale basso livello intellettuale vivevano i poveri pastori e campagnoli obbligati dalla necessità del lavoro a dimorare lontani dai centri abitati. Anche questa piaga Angelo Celli ha potuto sanare propugnando la istituzione di scuole nell'agro romano.

Pochi uomini possono vantarsi di aver tanto lavorato e tanto ottenuto a beneficio degli altri. La morte immatura non gli ha permesso però di vedere compiute molte delle opere incominciate. La definitiva attuazione di esse è l'eredità che ha lasciato a noi Angelo Celli e noi faremo opera di reverente omaggio alla memoria di lui se proseguiremo nella via tanto sapientemente tracciata.

Su proposta dei soci Durante, Tamburini e Gaglio l'Accademia approva all'unanimità di sospendere la seduta in segno di lutto, di dare subito alla stampa la commovente commemorazione affinchè possa essere distribuita agli ammiratori dell'illustre estinto e di mandare un telegramma di condoglianze alla vedova desolata.

A. BALDONI.

Accademia medico-fisica fiorentina.

Prof. CELSO PELLIZZARI. *Adeno-carcinoma cilindrico del retto in cura col radium.* — L'O. riferendosi ad una sua comunicazione tenuta il 29 maggio 1913, ha iniziato una serie di comunicazioni nuove sovra casi scelti fra i moltissimi curati nell'Istituto fototerapico negli anni 1913-1914; casi i quali si prestano a dimostrare il valore curativo del radio, sia usato isolatamente, sia associato all'intervento chirurgico, prima, contemporaneamente, o dopo l'operazione; ed anche la praticità della sua applicazione in certe sedi speciali.

Il caso, che forma oggetto della comunicazione attuale, è stato dall'O. osservato e curato, insieme al dott. Matucci, medico curante dell'infermo ed al chirurgo prof. Stori.

Si tratta di un adeno-carcinoma del retto, insorto in un uomo di 57 anni e già dichiarato inoperabile dal prof. Stori.

Il paziente, che non ha precedenti morbosi degni di nota, è stato nel 1909 operato di fistola anale, che riprodottasi, è stata nuovamente operata ad un anno di distanza.

Dopo un periodo di relativo benessere, insorsero nel paziente disturbi a carico dell'ultima porzione dell'intestino retto si avevano moleste emissioni di gas, accompagnate da liquido sieroso, che, alla fine dell'anno 1911, divenne addirittura sanguinolente. Nei primi mesi dell'anno 1912 si avvertì un ostacolo alla emissione delle feci, che solo si modificava, frazionatamente, colla somministrazione di un purgante; comparvero intanto delle coliche ripetute, con sintomi di vero intasamento intestinale, tanto da richiedere l'intervento del chirurgo, professor Stori. Questi, procedendo alla esplorazione rettale, trovò a circa 8 cm. dall'apertura anale, una intumescenza mammellonata, che occludeva il lume intestinale nella quasi totalità. La parete intestinale aveva già posteriormente delle aderenze, per cui non era consigliabile una demolizione chirurgica. L'esame istologico di un frammento del tessuto neoplastico, asportato, dimostrò trattarsi di un *adenocarcinoma cilindrico.*

Il paziente era intanto andato incontro ad un dimagramento notevole; era fortemente decaduto delle condizioni generali, tanto da essere costretto a sospendere le sue occupazioni professionali. Era inoltre insorta la febbre, erano comparsi degli edemi, e sopratutto si erano fatte più frequenti le coliche intestinali.

In tali condizioni fu intrapresa la cura col radio, nell'aprile 1913. Fu eseguita dapprima una serie di applicazioni con un apparecchio di 20,

e, successivamente, di 30 milligrammi di bromuro di radio sotto vernice, con questo risultato brillantissimo: diminuzione notevole della massa neoplastica; regolarizzazione delle funzioni intestinali; aumento di 12 chili di peso.

Durante l'anno 1914 fu ripetuta una seconda serie di applicazioni, con tubi Dominici di 30 milligrammi di bromuro di radio; e furono praticate, contemporaneamente, 24 iniezioni endovenose di enzitolo.

Il paziente, che ha mantenuto completamente le sue ottime condizioni generali, non può dirsi perfettamente guarito, giacchè presenta ancora una lieve intumescenza sulla parete intestinale; la quale, in un fragmento esaminato istologicamente, si dimostra dovuta, più che altro, ad alterazioni della parete intestinale, al disotto della *muscularis mucosae,* ove, in mezzo ad una spessa infiltrazione fibroblastica, si trovano alcuni residui della infiltrazione neoplastica, costituiti da elementi epiteliali, in parte degenerati.

Tuttavia, i risultati brillanti ottenuti, anche se per ora non definitivi, incoraggiano a persistere nel trattamento, magari con tecnica diversa.

L'O. ha potuto eseguire, mediante numerose biopsie, — quattro a distanza di mesi l'una dall'altra — la evoluzione delle alterazioni istologiche sotto la influenza del radio, ed ha fatto, all'Accademia, proiezioni di numerosi preparati microscopici.

A. R.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Presiede il presid. prof. Giuseppe Sperino.

Dott. GAZZETTI CARLO (Istituto di materia medica). *Ricerche sui così detti albuminati dei liquidi dei metalli pesanti.*

SAETTI ENRICO (Istituto di materia medica). Relatore GAZZETTI. *Dell'acido jodidrico come disinfettante della cute degli animali.*

Dott. MARTINOTTI LEONARDO (Clinica dermosifilopatica). *L'acido tricloroacetico acetonico nella terapia di alcune affezioni cutanee.* — L'A. usa l'acido tricloroacetico in soluzione acetonica (80 v. di acido tricloroacetico liquefatto a bagno maria e 20 v. di acetone anidro puro di Merck). È il medicamento di elezione dei condilomi acuminati e dei papillomi in genere, in cui le applicazioni quotidiane ogni due o tre giorni portano alla caduta di masse anche rilevanti di tumore, e risparmiano così o per lo meno facilitano l'eventuale intervento chirurgico. Anche negli scrofulodermi e nella tubercolosi ulcerosa il medicamento mostra un ottimo potere terapeutico. A differenza di molti altri caustici è pochissimo attivo verso la cute sana. L'acetone d'altra parte facilita grandemente la penetrazione del medicamento in seno ai tessuti malati.

Dott. MARTINOTTI LEONARDO (Clinica dermosifilopatica). *Sopra un caso di eritromelalgia.* — Presentazione di un tipico caso di eritromelalgia in una donna di 60 anni, la quale presentava altresì una spiccata iperglobulia, notevole tumore di milza e lieve ingrossamento del fegato. L'A. propende a ritenere che si tratti di associazione di eritromelalgia con morbo di Vaquez della quale nella letteratura si conoscono alcuni casi. Nello spazio di un anno la malata lentamente è migliorata dalla iperglobulia e della lesione cutanea sotto una cura prolungata di cloruro di calcio. La lesione cutanea è attualmente del tutto scomparsa, l'iperglobulia attenuata. Il fegato è diminuito di volume. La splenomegalia è stazionaria.

Dott. GAZZETTI CARLO (Istituto di materia medica). *Nuove reazioni di riconoscimento per alcuni antipiretici della serie aromatica.* — Si tratta di una breve nota nella quale sono riportate nuove reazioni di identificazione per qualcuno di quei preparati farmaceutici che fanno parte del grande gruppo delle « polveri bianche », di quelle cioè che non posseggono caratteri farmacognostici tali da poterle distinguere le une dalle altre col solo esame fisico ed organolettico e per le quali riesce indispensabile il sussidio di reazioni chimiche speciali atte ad individualizzarle.

Il mezzo proposto serve per *la maretina, la pirodina, l'antifebbrina* ed è molto semplice ed assai sensibile.

La maretina e la pirodina fatte bollire tre o quattro minuti con pochi cmc. di HCl ed un piccolo frammento di cloruro di calce dànno un liquido rosso solferino in cui per la pirodina si formano dopo raffreddamento numerosi cristalli e che rimane invece limpido per la maretina o acquista un intorbidamento polverulento.

L'antifebbrina riscaldata con HCl per un minuto e trattata dopo raffreddamento sotto ad un getto d'acqua con un frammento di cloruro di calce, dà una colorazione bleu che passa col tempo al bleu elettrico e al verde oliva.

Queste reazioni tentate dall'autore su altri numerosi preparati farmaceutici della serie aromatica risultarono negative.

Quanto al loro meccanismo l'autore non altro può dire se non che si tratti di reazioni d'ossidazione intensa.

C. GAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Mezzi per apprezzare il numero degli elementi cellulari del liquido cefalo rachideo.

La centrifugazione del liquido, l'allestimento d'un preparato dal centrifugato, convenientemente colorato è il metodo d'ordinario usato per la citologia del liquido cefalo rachideo: il metodo è ottimo come mezzo qualitativo e per rendersi conto della formola leucocitaria, quando elementi bianchi del sangue esistano in esso: non offre garanzie di sorta per giudicare del numero dei corpuscoli, il quale può variare per cause accidentali (centrifugazione troppo rapida e prolungata, diluizione eventuale del residuo centrifugato con qualche goccia di liquido rimasta nella provetta), e indurre in errori di giudizio grossolani sul significato del liquido stesso.

La cella di Nageotte evita tale inconveniente: essa consiste in un vetrino spesso, piano, con una escavazione nel centro graduata: La graduazione è fatta da linee longitudinali distanti le une dalle altre mm. 0.025, incise sul fondo della escavazione, che viene così divisa in 40 caselle; il contenuto di ciascuna nel modello grande, in cui la profondità è di 1 mm. è di 2.5 mmc., il contenuto dell'intiera cella è di 100 mmc. Esistono modelli più piccoli di cui il contenuto totale è rispettivamente di 50 mmc. (altezza 0.50 mm.) e di 25 mmc. (altezza 0.25 mm.).

Il liquido previamente colorato (bleu policromo di Unna) e leggermente acidificato (per sciogliere le emazie), viene agitato e quindi aspirato con fine pipette per riempire esattamente la cella di Nageotte: si forma un menisco convesso; su di esso si lascia cadere un vetrino coprioggetti e con carta bibula si aspira il liquido in eccesso. Con lente a secco si fa la numerazione e il resultato si riporta al mmc. Secondo Nageotte il liquido normale non contiene più di 1.8; 2.3: elementi per mmc. Chauvet Levy-Valensi, Bloch e Vernes trovano questo tasso troppo basso; e giungono al due per mmc.; M.lle E. Cottin (*Revue méd. de la Suisse Rom.*, 20 dic. 1914) si avvicina nelle sue ricerche ai resultati di Nageotte: spesso non si trova che un solo elemento per mmc.; qualche volta non se ne trovano affatto; tre elementi per mmc. indicano già una reazione meningea iniziale o lieve.

t. p.

CASISTICA.

La diagnosi del versamento pericardico.

Il versamento pericardico si presta ad esser sovente confuso colla pleurite per una serie di sintomi ingannatori, prodotti dalla presenza di liquido più o meno abbondante nella cavità pericardica e dai segni percussori ed ascoltatori coi quali esso si rivela. È per ciò che gli autori hanno cercato di trovare sintomi particolari della presenza di un versamento racchiuso nella saccoccia fibrosa che circonda il cuore.

Così Pins ha suggerito di mettere l'infermo in posizione genu-pettorale permettendo così alla raccolta pericardica di allontanarsi dal dorso, diminuendo per conseguenza la compressione del polmone e facendo scomparire i segni simulatori di una pleurite; Weill si è avvalso della stessa posizione per ricercare la punta del cuore: se essa si trovava deviata a sinistra e verso l'ascella si trattava di un versamento pericardico, se invece si portava a destra si doveva pensare ad una pleurite.

Questi segni sono indiscutibilmente di un certo valore, ma purtroppo incostanti: per riconoscere un versamento pericardico e scartare l'idea di una pleurite i dati più sicuri si devono richiedere alla palpazione della punta ed alla percussione del cuore.

Il pericardio è formato da una saccoccia fibrosa, che, se resiste ad una distensione brusca (ed è questa la ragione della rapida morte per le ferite del cuore), può nondimeno raggiungere un notevole volume per una progressiva e lenta distensione. Allora la percussione della regione precordiale permette di stabilire una zona di ottusità, di cui l'estensione è proporzionata alla quantità di liquido e la forma è generalmente ritenuta quella di un triangolo con base inferiore ed apice tronco.

Marfan ha recentemente scritto che questa ottusità diviene pressochè globosa od ovoidale e da asimmetrica tende a trasformarsi in simmetrica. Sibson e Gendrin hanno precisato alcuni suoi particolari: che la linea inferiore di tale ottusità si trova sensibilmente più bassa dello spazio ove si palpa, più o meno affievolito, l'*ictus* della punta (segno di Gendrin); che il margine sinistro dell'ottusità presenta verso il suo terzo superiore un rientramento a convessità interna ovvero anche una specie di appiattimento (uncino di Sibson), e che per effetto di questa modificazione e della presenza dei due

angoli smussi l'ottusità viene a prendere una forma speciale (ottusità a *brioche* di Potain).

Maragliano ha poi richiamato l'attenzione sul fatto che il diametro trasverso dell'ottusità diminuisce facendo passare il malato dalla posizione coricata a quella seduta.

A tutti questi segni C. Doljan (*Arch. des mal. du coeur*, etc., 1, 1914) aggiunge i segni che si possono trarre dalle modificazioni, che subisce questa ottusità (esclusi certamente i casi di aderenze e di sinfisi) nelle varie posizioni dell'infermo e dice di averli trovati di notevole importanza.

Percuotendo la regione precordiale quando l'infermo di pericardite è in decubito dorsale si constata: un aumento della zona di ottusità cardiaca; il limite inferiore dell'ottusità è più basso dell'*ictus* della punta; il limite destro è spostato verso l'ascella e presenta l'uncino di Sibson; si rileva la presenza del triangolo di Ebstein (ottusità dell'angolo costo-epatico); la punta batte più in dentro dell'angolo formato dal margine sinistro ed inferiore dell'ottusità.

Facendo coricare l'infermo sul fianco destro si osservano le seguenti modificazioni: uno spostamento totale verso destra dell'ottusità cardiaca; la zona ottusa a destra dello sterno non ha più la forma di triangolo (Ebstein) ma di rettangolo (rettangolo parasternale destro), cominciando nel III spazio intercostale destro e raggiungendo, con una linea più o meno lontana dal margine destro dello sterno, il limite superiore del fegato; la punta batte più in fuori che nel decubito dorsale, corrispondendo sensibilmente all'angolo formato dai limiti sinistro ed inferiore, sicchè sembra siasi *spostata a sinistra*.

Facendo coricare infine l'infermo sul fianco sinistro, si osserva: la zona di ottusità si sposta globalmente verso sinistra; il rettangolo parasternale destro diminuisce, fino a scomparire quasi, e il triangolo costo-epatico diviene sonoro; la punta batte più in dentro dell'angolo formato dai limiti inferiore e sinistro dell'ottusità, sicchè sembra si sia *spostata da sinistra a destra*.

Doljan quindi conclude che nella pericardite con versamento, con lo studio delle modificazioni dell'ottusità cardiaca, si trova: che questa ottusità è mobile da sinistra a destra nel decubito laterale destro e viceversa nel decubito laterale sinistro, mentre la punta si sposta in senso opposto dell'ottusità (spostamento che, per analogia, si potrebbe chiamare parallattico, *S.*); la punta del cuore corrisponde all'angolo sinistro dell'ottusità soltanto nel decubito laterale destro; il triangolo d'Ebstein esiste solo nel decubito dorsale e nella posizione seduta, mentre nel decubito laterale destro è sostituito dal rettangolo parasternale. G. SABATINI.

La forma sincopale della tachicardia parossistica.

La comparsa di accidenti sincopali durante la tachicardia parossistica è un fatto ben noto, ma generalmente considerato come eccezionale: invece sonvi alcune forme di tachicardia parossistica in cui gli accessi parossistici si chiudono con una sincope ogni volta che si manifestano, sì da giustificare il nome di forma sincopale della tachicardia parossistica.

Esmein e Donzelot (*Presse méd.*, n. 51, 1914) descrivono un loro ammalato, di 27 anni, affetto da una forma di tachicardia parossistica, la quale aveva appunto lo speciale carattere di dar luogo, ogni volta che le crisi parossistiche duravano oltre due ore, ad un accesso sincopale, preannunziato da freddo intenso, che dalle estremità inferiori saliva a tutto il corpo e dava appena il tempo all'infermo di sedersi o di sdraiarsi per evitare di cadere. Quindi egli perdeva la conoscenza pur conservando una vaga e lontanissima nozione di ciò che accadeva intorno ad esso; rimaneva in tale stato per due o tre minuti e quindi si risvegliava con una penosa sensazione di stringimento laringeo: non perdeva mai urine, non aveva convulsioni nè si mordeva la lingua.

Tali sincopi sopravvenivano anche più volte nelle 24 ore: durante esse il cuore rimaneva di ritmo celerissimo ma perfettamente regolare.

Qual'è ora la spiegazione patogenetica di questi accessi sincopali? Fondamentalmente bisogna ritenerli legati a disturbi ischemici della circolazione cerebrale.

Siffatta ischemia con le sincopi successive si manifesta nelle bradicardie, ove resta facilmente spiegata dal rallentamento del cuore. Nelle tachicardie riesce più difficile concepirla *a priori*: ma le moderne ricerche hanno dimostrato che nei parossismi tachicardici si può stabilire un blocco parziale o totale del cuore, che riduce o sopprime le pulsazioni ventricolari; per di più il metodo elettro-cardiografico ha permesso di scoprire durante accessi di tachicardia parossistica l'esistenza di fibrillazione ventricolare, che equivale ad un arresto completo del cuore, colle conseguenze funeste sull'irrigazione encefalica, che possono arrivare fino alla morte (Vaquez ed altri).

Però questi concetti male si adatterebbero alla spiegazione delle forme relativamente innocue come quella testè descritta: per esse basta invocare il disurbo circolatorio prodotto dalla speciale attività cardiaca, la quale, pur esplicandosi con 200 e più pulsazioni al minuto, può essere insufficiente, per la piccolezza delle sistoli, che non riparano l'ampiezza propulsiva perduta con l'aumento del numero.

Perchè poi queste sincopi si manifestino solo in alcuni casi, e sono i più frequenti di tachicardia parossistica, si può spiegare invocando un altro fattore: il sostrato nevropatico del paziente. In quello, di cui è stato più sopra riferito, Esmein e Donzelot avevano infatti notato disturbi nervosi consistenti in emianestesia destra ed abolizione del riflesso faringeo: l'aura vasomotoria e la sensazione di bolo faringeo accusate prima e dopo l'accesso sono un altro indizio del fattore nevropatico. La causa determinante della perdita della conoscenza è generalmente in simili soggetti un'improvvisa emozione: orbene quale sensazione più emotiva dell'insorgere di palpitazioni del cuore?

Questa predisposizione nevropatica risulta evidente anche nella genesi di accidenti sincopali durante il corso di altre cardiopatie. Così, per es., nei bradicardici si può stabilire, anche durante i periodi di benessere, una vera *fobia* dell'insorgere dell'accesso. Analoghi terrori possono assalire gli individui soggetti ad extrasistoli isolate, le quali per se stesse sarebbero incapaci di apportare disturbi circolatori cerebrali notevoli; ma non fanno altro che agire come fattore emotivo in individui nevropatici.

In complesso dunque, nelle aritmie, accanto alle sincopi determinate direttamente da insufficiente irrigazione encefalica, sonvi quelle, secondo Esmein e Donzelot, più benigne, dovute all'azione combinata di una ischemia cerebrale di lieve grado e d'un elemento nevropatico, che ne esagera l'azione.

G. SABATINI.

TERAPIA.

Le iniezioni endovenose di sublimato nel reumatismo articolare acuto.

Il metodo curativo che ancora oggi prevale nel reumatismo articolare acuto è fondato sull'acido salicilico e suoi derivati, dai quali senza dubbio ogni medico ha ottenuto dei buoni risultati, ma anche degli insuccessi, specialmente quando le complicanze endocardiche di una certa gravità gliene hanno controindicato le dosi generose.

La preoccupazione del medico non può riguardare l'esito della malattia soltanto come entità patologica a sè, ma anche e maggiormente le complicanze, e fra queste in ispecial modo le cardiache, che possono determinare lesioni croniche del cuore. E però urge che la cura di questa malattia infettiva sia rapida e più prontamente efficace.

Se non vogliamo ritenere esatto ciò che afferma il Maragliano, basandosi sulle statistiche di Pribram e di altri, che cioè l'acido salicilico non abbrevia il corso della malattia, nè diminuisce il numero delle altre localizzazioni e delle complicazioni, è pur certo che in molti casi esso ha scarsa efficacia, o è mal tollerato dallo infermo, o è controindicato da complicanze insorte.

In casi di questo genere il dott. Martone ha usato il sublimato per iniezioni endovenose, e ne riferisce i risultati avuti nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche,* 1915, n. 9.

Singer fu il primo ad usare le iniezioni endovenose di sublimato nel reumatismo articolare acuto, dopo la scoperta geniale del Baccelli. In molte cliniche nostre ne fu poi sperimentata la efficacia e fu studiato il meccanismo terapeutico, e si concluse che esso agisce determinando nel sangue proprietà antitossiche, batteriolitiche, agglutinanti ed un aumento degli elementi mononucleari del sangue (Mariani). Il sublimato perciò in questi casi deve essere messo a contatto diretto del sangue circolante, perchè i benefici effetti curativi non sono dovuti all'azione antisettica del sale di mercurio, ma al complesso dei fattori biologici che costituiscono il principio dell'immunità.

Anche noi l'abbiamo più volte usato nel 1910 nel IV Pad. del Policlinico di Roma, diretto dal prof. Gualdi, e ne abbiamo avuto sempre risultati pronti ed eccellenti, sia in casi vergini da ogni altra cura, come in casi già trattati invano con forti dosi di preparati salicilici. L'abbiamo usato sempre per iniezioni quotidiane, od a giorni alterni a seconda del bisogno, nella dose di ctgr. 0.5-1 per ogni iniezione, senza mai osservare disturbi della funzionalità renale od inconvenienti d'altra natura (*ag. del traduttore*).

Il Martone ha usato dosi quotidiane da 1 a 5 milligr., temendo di determinare con dosi maggiori fenomeni di intossicazione.

Nelle storie cliniche riferite appare manifesta l'utilità e la praticità del metodo, poichè tutti gl'infermi trattati precedentemente con forti dosi di salicilici non guarirono se non quando furono curati con le iniezioni endovenose di sublimato; e la guarigione deve attribuirsi esclusivamente ad esse, perchè all'inizio della cura mercuriale veniva sospesa ogni altra cura. Cinque sono i casi descritti, i soli cinque che l'A. ha curato a questo modo: e nessuno di essi ha risentito in seguito il più lieve dolore articolare.

P. SABELLA.

Il solfato di magnesio nel reumatismo articolare acuto.

Thiroloix e Mairesse (*Bull. gen. de Therapeutique,* anno 83, n. 4) associano il solfato di magnesia al salicilato di soda nella cura del reumatismo articolare acuto.

L'idea di usare il solfato di magnesia in una affezione dolorosa è sorta per le proprietà inibitrici che esso possiede sul sistema nervoso, dimostrate nel 1906 da Meltzer e Auer.

Applicando una soluzione acquosa di solfato di magnesia al 25 % sullo sciatico della rana, si interrompe la conducibilità del nervo. Ogni eccitazione del nervo fatta a monte non produce le contrazioni muscolari a valle; se si eccita a valle, i muscoli si contraggono, ma senza provocare alcun dolore. Se si lava il tronco nervoso con soluzione fisiologica, si ristabilisce la conducibilità e la sensibilità.

Inoltre il Meltzer ha iniettato nelle scimmie per via sotto-aracnoidea gr. 0.06 di solfato di magnesia per ogni kgr. di peso del corpo, ed ha ottenuto così paralisi sensitivo-motrice degli arti durata 24 ore. In seguito a ciò il solfato di magnesia in soluzione al 25 % è stato usato per produrre l'anestesia midollare. Blacke nell'anno 1906 l'ha utilizzato per combattere gli accessi tetanici.

Nel 1913 Brashear-Jakson pubblicò 5 casi di reumatismo articolare acuto trattati con successo mediante iniezioni intra-glutee di 4 cmc. di una soluzione acquosa di solfato di magnesia al 25 per cento. Si faceva un'iniezione al giorno, ed in genere dopo 3-4 giorni cadeva il dolore e la febbre.

In alcuni casi si aveva anche un effetto purgativo.

Gli AA. pubblicano trenta casi personali, e vengono alle seguenti conclusioni:

La soluzione acquosa di solfato di magnesia al 25 %, alla dose di 4 cmc. al giorno e per iniezione intramuscolare, mitiga il dolore, fa cadere la febbre ed abbrevia la durata della malattia.

Il solfato di magnesia però da solo non vince l'infezione reumatica, ma dev'essere associato al salicilato di soda. Il sollievo dell'infermo e la rapidità maggiore della guarigione sono evidenti quando alla cura salicilica si aggiunge il solfato di magnesia.

È grande il vantaggio di guadagnar tempo nel decorso di una malattia che minaccia il cuore: il dolore, la tumefazione e la febbre spariscono in genere dopo 4 iniezioni.

Non si ebbero mai inconvenienti locali o generali: l'iniezione è completamente indolora.

P. S.

Cura etiologica del reumatismo acuto?

Herry (*Bull de l'Acad. roy. de Belgique*, 1914, 76) è riuscito ad isolare in 49 casi su 60 il diplococco specifico dell'infezione reumatica. Esso fu isolato sia all'inizio della malattia come dopo terminato il periodo febbrile, e le culture furono ottenute dal sangue come dagli essudati delle sinoviali, della pleura e di altre sierose.

Descritti i caratteri morfologici e culturali del diplococco, l'A. nota che benchè le iniezioni endovenose o sottocutanee della sua cultura siano debolmente patogene, la sua endotossina è molto più potente. Le lesioni sperimentali sul cuore del coniglio sono della stessa natura di quelle del cuore umano. Costantemente si aveva l'artrite nei conigli sottoposti a due iniezioni coll'intervallo di 8-15 giorni (un'iniezione endovenosa, l'altra intrarticolare).

L'A. conclude che i sintomi caratteristici del reumatismo acuto sono dovuti all'azione concomitante del germe e della sua tossina, e che l'artrite, l'endocardite, la pericardite e la pleurite che possono svilupparsi durante il decorso della malattia sono manifestazioni di anafilassi locale. L'endocardite e l'artrite reumatica sono dovute all'azione di un'endotossina.

Herry osserva che il siero antireumatico che comunemente si trova in commercio è poco efficace. Molto differenti invece sarebbero i risultati ottenuti mediante un siero speciale preparato dall'A. in 32 casi di reumatismo acuto, subacuto o cronico. In molti casi l'effezione era grave, ed inutili erano riusciti gli altri tentativi di cura. Quando si cominciò la somministrazione del siero, fu sospesa ogni altra cura, tranne il cloruro di calcio in alcuni casi che fu dato per ovviare gli effetti dannosi accidentali del siero. La sieroterapia abbrevia la durata della malattia, diminuisce la frequenza di complicazioni gravi ed affretta la guarigione.

p. s.

Cura delle artriti suppurate del ginocchio.

Chaput riferisce i risultati della sua esperienza recente circa le modalità degl'interventi nelle artriti suppurate del ginocchio (*Presse médic.*, 4 febbraio 1915). Mentre la difficoltà grave nella pratica ordinaria della cura dell'artrite suppurata è nella estensione della sinoviale, nelle artriti da trauma prodotti da ferite d'arma da fuoco, ecc. si aggiunge un altro grave inconveniente: *la lesione dell'osso*. Mentre una frattura multipla della rotula, dei condili sono l'ordinaria indicazione alla resezione delle parti lese, poco o nessun conto si tiene delle fessure ossee: queste sono, secondo l'A., la causa ordinaria della gravità delle artriti purulente, la causa della tenacità di alcune suppurazioni, anche dopo l'artrotomia.

La prima preoccupazione del chirurgo quindi deve essere quella di scoprire le eventuali fes-

sure: con l'incisione ad U della resezione si possono bene esplorare i condili del femore e della tibia.

Specialmente in casi di frattura iuxtaarticolare con artrite, l'esame deve essere accurato; una linea appena visibile può indicare una fessura ossea ed esser di guida ad un trattamento efficace: divaricandone i margini si mette in evidenza una frattura uni- o bicondiloidea del femore, della tibia, di entrambe le ossa. In caso di frattura di tutti e due i condili femorali è necessario subito procedere alla resezione sopraepifisaria (nel limite tra epifisi e diafisi), e applicare un tiraggio: ad evitare una successiva lussazione all'esterno del femore o immediatamente, o secondariamente si pratica una resezione a scalino della tibia nella quale si adatta il moncone femorale.

Nelle fratture di un solo condilo (l'esterno p. es.) del femore si procede alla resezione di un solo condilo, formando un corrispondente scalino nella tibia (resezione del condilo interno) così da formare due superfici facilmente combacianti, atte ad evitare successivi spostamenti delle ossa.

Se è fratturato il condilo interno è utile praticare la resezione di questo e dello stesso condilo interno della tibia: in questo angolo si applica il condilo esterno residuo del femore.

In genere conviene applicare in primo tempo un tiraggio e praticare per facilitare lo scolo del pus una controapertura (drenaggio) posteriormente; quando la suppurazione sarà esaurita converrà applicare un apparecchio gessato, rinforzato posteriormente ed aperto anteriormente per sorvegliare e medicare la ferita granulante.

t. p.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(473) *Cura antiluetica in gravidanza.* — Resterei grato se nella « Posta degli Abbonati » mi volesse rispondere al seguente quesito:

Qual'è la migliore cura da consigliare durante la gravidanza ad una donna, che abbia già partorito due volte prematuramente (8° mese circa) ed i cui figli siano in tenera età per meningite cerebrale cronica da sifilide ereditaria?

Ossequii distinti ed anticipati ringraziamenti.

Abbonato N. 2822.

La miglior cura da consigliare è, a nostro avviso, quella mista di neosalvarsan e mercuriale nel 1° settimestre di gravidanza ed una di joduro potassico nell'ultimo bimestre.

Come opportunamente suggerisce il dott. E. Mancini (La reazione di Wassermann nel campo ostetrico. Roma. F.lli Pallotta, 1914) è da preferirsi il neosalvarsan per iniezioni endovenose — anzichè le ipodermiche troppo dolorose — di grammi 0.40-0.60 ripetute ogni 15 giorni; associate prima o dopo o anche contemporaneamente alla somministrazione di preparati mercuriali pure per iniezioni (calomelano, salicilato di mercurio); nell'ultimo bimestre di gravidanza poi è opportuna una cura di joduro potassico associata o no alla cura mercuriale. Dove è possibile, sarebbe meglio controllare sistematicamente l'effetto terapeutico con lo studio delle modificazioni indotte sulla sierodiagnosi (reazione di Wassermann).

U. ROLANDI.

(474) *Sul trattamento della colite muco-membranosa.* — La prego di rispondere nella rubrica « Posta degli Abbonati » al seguente quesito:

Esiste nel trattamento della colite mucosa non legata a diatesi neuro-artritica o ad enteroptosi, un rimedio capace di sopprimere l'abnorme produzione di muco nell'intestino?

Con ossequi e ringraziamenti.

Michele Arlotta.

La colite muco-membranosa è una delle malattie la cui terapia richiede un esatto controllo della dieta del paziente e dello stato delle feci. Non mi diffonderò sui dettagli dietetici descritti in tutti i trattati. Sconsiglierei i forti drastici o l'abuso dei lassativi leggieri: per combattere la stitichezza è meglio ricorrere ai coni anali con belladonna.

I lavaggi intestinali con sostanze cosidette astringenti (tannino, sali di argento) aumentano la produzione di muco, quindi vanno soppressi; più opportuni sono i clisteri di dermatolo (2 gr., 50 gr. di mucillagine gommosa, 200 cmc. di acqua tepida); nella stessa forma può usarsi il bismuto.

L'ittiolo può usarsi con una certa precauzione. In qualche caso il massaggio addominale, modificando le condizioni di vascolarizzazione della parete inestinale, può fare scomparire il muco: anche un'idroterapia blanda può essere consigliata con precauzione.

P. ALESSANDRINI.

(475) Favorite sapermi dire nella « Posta degli Abbonati » come si usa l'uricometro del dott. F. Ruhemann, cioè la composizione del reagente, ecc. ecc., o dove potrei trovare l'istruzione relativa.

Borgosesia (Novara). Dott. Redento Bader.

L'uso dell'uricometro del Ruhnemann è molto facile: si versa solfuro di carbonio, sino al segno S; poi il reattivo, sino al segno R. Quindi si aggiunge urina, agitando l'apparecchio chiuso, sino a che il solfuro di carbonio, colorato in viola dallo iodio, non si scolori del tutto, e prenda una tinta bianco-porcellana. Sulla scala graduata si legge la quantità di acido urico contenuta in un litro di urina. Se l'acido urico fosse molto scarso, si diluisce a metà il reattivo e il grado ottenuto sulla scala si divide a metà.

La composizione del reattivo è la seguente:

Iodio	gr.	0.50
Ioduro di potassio	»	1.25
Alcool assoluto	»	7.50
Glicerina pura	»	5.—

Acqua distillata q. b. per portare a cmc. 100.

Coll'uricometro descritto le determinazioni dell'acido urico sono molto poco esatte; aggiungi che esso può dosare soltanto l'acido urico che si trova in soluzione nell'urina e non quello cristallizzato (renella, ecc.).

Dott. MARS.

(476) Le sarei grato se nella « Posta degli Abbonati » volesse indicarmi qualche altro manuale, oltre quello noto di Carazzi-Levi, che tratti in modo sopratutto pratico della tecnica microscopica e batteriologica. Ringrazio.

Taranto.

Abbonato n. 7287.

Trattati pratici di tecnica microscopica e batteriologica sono il Manualetto di Abel, tradotto dall'Insinna e pubblicato da A. Reber di Palermo, e il « Manuale tecnico di microscopia e batteriologia » di Abba, edito a Torino dai fratelli Fiandesio.

g. s.

VARIA.

Sulla legalizzazione dell'aborto. — I medici tedeschi si sono posti il seguente quesito: se in presenza di una donna resa incinta contro sua volontà durante la invasione dei russi, fosse legittimabile la provocazione dell'aborto. Fu concorde l'opinione della inopportunità di tale intervento.

Lo stesso quesito si pongono ora i francesi, riguardo alle loro donne rese incinte dagli invasori tedeschi.

La « Presse Medicale » del 28 gennaio e del 25 febbraio riporta varie risposte e in generale la conclusione è analoga a quella dei colleghi tedeschi, sulla inopportunità di interrompere tali gravidanze.

Con evidente senso di opportunità la questione è stata portata anche all'Accademia medica di Genova. Il prof. Bossi è stato favorevole all'aborto provocato nella gravidanza forzata, nelle contingenze sopra indicate. I soci hanno concluso che il problema dovrà essere studiato.

L'etá più favorevole per la nascita del primo figlio. — Per determinare l'età più favorevole al primo parto, RICHTER J. e HIESS V. (*Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynäk*), hanno studiato ed elaborato nella clinica ginecologica di Vienna un enorme cumulo di materiale, che comprende 26,091 primipare.

Essi dividono le primipare in 9 gruppi: il primo include le partorienti da 13 a 16 anni, l'ultimo quelle al di là dei 30 anni.

Essi trovano che la durata del travaglio è praticamente la stessa da 17° al 25° anno di età. Prima di 17 anni sembra alquanto più lungo della media e dopo il 25° anno va gradatamente aumentando, fino a raggiungere il *maximum* nelle primipare di oltre 30 anni.

Giudicando dalla frequenza delle operazioni, i limiti fisiologici per la prima gravidanza sono pure di 17 e 25 anni; il 19° ed il 20° anno segnano il *minimum* di operazioni.

Le primipare giovani mostrano anche una scarsa morbosità e mortalità: l'età più favorevole risulta da 21 a 26 anni, la meno favorevole oltre i 30. In particolare si ha la più alta percentuale di eclamptiche oltre i 30 anni. La placenta previa aumenta pure nelle primipare al di là di 29 e l'aumento è abbastanza notevole, malgrado questa affezione sia relativamente rara nelle primipare. Gli AA. attribuiscono tale comportamento alle infiammazioni catarrali e ipertrofizzanti dell'endometrio, le quali spiegano anche la concezione tardiva. (Da *La Clin. Ostetr.*, 28 febbraio 1915).

Età dei genitori e vitalità dei bambini. — Il Koroni, per osservazioni fatte su 24,000 casi, viene alle seguenti conclusioni:

I bambini, il di cui padre ha meno di 20 anni, sono di debole costituzione. I bambini nati da padri tra i 20 ed i 45 anni sono i più forti. I bambini più robusti nascono da donne fra i 25 e 35 anni. La madre dovrebbe essere di una diecina d'anni più giovane del padre. I genitori della stessa età procreano figli robusti.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

Handbuch der Biochemischen Arbeitsmethoden, hsg. v. Prof. Dr. E. ABDERHALDEN. Vol. 8°; in-8° gr. di pag. 684, con 298 fig. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1915. Prezzo M. 30; rilegato M. 33.

Come i precedenti, questo nuovo volume della collezione abbraccia i soggetti più disparati.

Alcune delle monografie ch'esso contiene ne integrano altre già pubblicate; la maggior parte sono interamente nuove.

Sono destinate a cultori di campi diversissimi della biologia.

Ci limitiamo a indicare gli autori delle più importanti ed i titoli: Barger, Determinazione microscopica del peso molecolare; Siebeck, Misura dei processi ossidativi e fermentativi delle cellule; Osservazioni sulla tecnica per lo studio della fisiologia cellulare; Zunz, Metodica dell'esame del contenuto gastrico; Reiss, Metodica dell'esame refrattometrico in biologia; Metzner, I metodi per mettere in rilievo le granulazioni cellulari; Vouk, Sulla fisiologia dello sviluppo dei vegetali; Nierenstein, Determinazione di piccole quantità di prodotti tannici nei succhi vegetali; Barger, Determinazione delle amine fisiologicamente attive; Hanslian, L'analisi degli elementi rari; Küster, Allevamento amicrobico dei mammiferi; Krogh, L'esame funzionale dei polmoni; Krogh, Microrespirometria; Hirsch, Sul metodo interferometrico per lo studio dei fermenti di difesa; Löwi, Metodi matematici nelle scienze biologiche; Kehmf, Complemento alla tecnica chimica generale di laboratorio. R. B.

RIZZI S. *L'epurazione biologica delle acque di rifiuto*. Un vol. in-4° di pag. 207, con 40 incisioni. Milano, Ulrico Hoepli, editore, 1915. L. 4.50.

È uno studio diligente e completo, in cui il valente igienista pavese prende in esame il compito dei microrganismi nella mineralizzazione delle sostanze organiche, le varie specie di acque di rifiuto per le quali è possibile la depurazione biologica, l'autodepurazione delle acque correnti inquinate, la depurazione biologica nei campi di spandimento con le peschiere e coi letti batterici; espone poi i metodi di analisi delle acque di rifiuto e delle acque epurate; infine ci fa conoscere alcune ricerche personali sul comportamento dei germi patogeni e sull'epurazione biologica e raccoglie le conclusioni dell'interessante studio, il quale si raccomanda molto a igienisti ed ingegneri. R. B.

Papers on the influence of smoke on health. Edited by O. KLOTZ e W. Ch. WHITE. Un vol. in-8° di pag. 173. University of Pittsburg, Pittsburg Pa., 1914. Prezzo dollari 0.50.

Nelle città industriali assume importanza notevole l'inquinamento dell'aria prodotto dal fumo delle fabbriche.

Il fumo richiama e condensa la nebbia; perciò rende non soltanto sudicie, ma anche umide le case. Inoltre è causa di antracosi polmonari e di stati irritativi delle vie aeree, che agevolano alcune malattie, come la polmonite.

Quindi si spiega come la questione sia oggetto di studio da parte d'igienisti e di tecnici.

A Pittsburg — la città del petrolio, del ferro e del carbone, un vero inferno — l'Istituto Mellon per le ricerche industriali ha promosso all'uopo interessanti studi, pubblicati in appositi bollettini. Questo è il 9° bollettino della serie e contiene 7 monografie: White, « Introduzione »; Cohoe, « Rapporti tra fumo atmosferico e salute »; Klotz, « L'antracosi polmonare quale malattia sociale »; Holman, « Batteriologia del pulviscolo »; Haythorn, « Ricerche istologiche sull'antracosi polmonare »; White e Marcy, « Relazione tra la densità del fumo e la mortalità per polmonite e tubercolosi »; White e Shney, « Influenza del fumo sulle infezioni polmonari acute e croniche ».

Il volume include varie tavole ed illustrazioni.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

SALMON ALBERTO. Di un curioso e interessante fenomeno che si osserva dopo gli sforzi muscolari nei soggetti sani. — Pavia, 1914.

ACCORDINI FRANCESCO. Commissione provinciale contro l'alcoolismo di Udine. Relazione morale del 2° esercizio. — Udine, 1914.

MENSA ATTILIO. L'istopatologia delle sinoviti tendinee croniche negli equidi — Torino, 1914.

VIANA ODORICO. Sull'indirizzo del Brefotrofio di Verona. Osservazioni e proposte. — Verona, 1914.

BAISTROCCHI ETTORE. L'avvenire della idrologia e della climatologia. La riforma delle leggi e dei rapporti fra Stato, scienza ed industria. — Perugia, 1914.

BUCCO MENOTTI. Viscosimetria del sangue e pressione cardio-vascolare. — Napoli, 1914.

QUADRI GIOVANNI. Sull'influenza dell'estratto del lobo infundibulare dell'ipofisi sulla glicosuria alimentare, adrenalinica e diabetica. — Palermo, 1914.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

LA POLITICA SANITARIA.

Per i servizi sanitari in guerra.

L'on. Agnelli aveva interrogato il ministro della guerra per sapere se in caso di mobilitazione si sarebbero adottate negli ospedali e nei manicomi norme analoghe a quanto è stabilito per le condotte comunali, ciò allo scopo di garantire sempre la presenza di un personale sufficiente all'ordinario andamento e alle normali esigenze.

Il ministro generale Zuppelli ha così risposto:

« Non fa d'uopo illustrare con copia d'argomenti l'importanza e l'estensione dei bisogni ai quali dovrebbe provvedere il Corpo sanitario militare nell'eventualità di una mobilitazione, bisogni ai quali non può certamente farsi fronte con i mezzi del tempo di pace e che richiedono perciò di fare assegnamento sul numero maggiore possibile di richiamati laureati in medicina e chirurgia.

I servizi civili cui tali richiamati possono trovarsi adibiti, debbono, nella eccezionalità del momento considerato, rimanere sacrificati per ineluttabile necessità che in quel momento impone a tutti, siano enti o persone, di guardare essenzialmente ai superiori interessi della patria.

Tutto ciò che le esigenze militari — la cui prevalenza sulle altre, in caso di mobilitazione nessuno può contestare — possono consentire nei riguardi dell'assistenza sanitaria civile deve limitarsi ad assicurare tale assistenza nei limiti strettamente indispensabili. Appunto perciò è stabilito che possono essere dispensati dal richiamo i medici condotti che siano soli nei comuni, sicchè la dispensa non può concedersi quando nel comune rimarrebbero altri medici, sia pure liberi esercenti.

Ora, è ovvio che in nessun caso tale condizione di cose può verificarsi per i manicomi nè per gli altri istituti ospedalieri, nei quali sempre rimarrà personale sanitario non obbligato a servizio militare o, quanto meno, essendo i manicomi stessi e gli ospedali situati in città importanti, potranno trovare sempre il modo di sostituire i medici eventualmente richiamati, organizzando contemporaneamente il servizio a seconda di quanto imporranno le eccezionali circostanze.

Nè per i manicomi varrebbe obbiettare che la natura delle malattie in essi curate ed in genere dei malati che ricoverano pongano la questione sotto un punto di vista diverso da quello degli altri ospedali, perchè tale concetto non può valere per il personale sanitario, sibbene pel personale di assistenza, cui soltanto spetta sorvegliare assiduamente e costantemente i mentecatti. Ed il fatto di aver preveduto, col Regio decreto 17 maggio 1914, n. 548, gli opportuni temperamenti che consentiranno di lasciare, in ogni circostanza, ai manicomi il numero d'infermieri necessario per l'assistenza e sorveglianza dei ricoverati, sta a provare che il Ministero sa rendersi conto dei servizi esclusivamente civili che, per l'importanza e gravità loro, meritano di essere tutelati con speciali provvedimenti anche quando i più alti interessi della patria imporrebbero di avere unicamente cura delle esigenze militari ».

Sulla epidemia di meningite cerebro-spinale.

L'on. Raineri aveva presentata un'interrogazione al Ministro della Guerra per avere esatte notizie sulle cause che determinarono lo svilupparsi della meningite cerebro-spinale nelle truppe accasermate a Piacenza e quali fossero le disposizioni prese per combattere la grave infezione. Il Ministro Zuppelli ha così risposto:

Nelle truppe di stanza in Piacenza si sono manifestati 13 casi di meningite cerebro-spinale epidemica con 6 morti.

Come in Piacenza, così in altri presidi del Regno, in quest'anno si sono dovuti lamentare parecchi casi di meningite cerebro-spinale, soprattutto fra le reclute del 1895, che nella maggior parte delle località sono rimasti come casi isolati, rapidamente circoscritti.

Il fatto che anche nella popolazione civile delle varie regioni d'Italia serpeggiano casi della stessa malattia dimostra che ci troviamo di fronte a una di quelle ricorrenze epidemiche, ancora ignote nella loro intima natura.

Le reclute hanno dato il maggiore contributo, appunto perchè nuove alla vita militare e per il rapido passaggio in climi freddi, in una stagione eccezionale, e in un'epoca nella quale da parecchi anni non era stata chiamata la classe sotto le armi.

I provvedimenti adottati sono il pronto isolamento dei malati e di tutto il reparto di truppa nel quale si verificano i casi; disinfezioni rigorose delle camerate e degli oggetti di corredo, sorveglianza degli individui isolati e disinfezioni quotidiane del rino-faringe.

Sono naturalmente applicate tutte le altre norme di igiene generale per la profilassi delle malattie infettive.

Sottoscrizione a favore dei Medici Belgi, delle loro vedove e dei loro orfani.

Somma precedente. . .	L.	2347
Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia	»	1000
Totale . . .	L.	3347

Da tale somma vanno detratte L. 116, prezzo del cambio su Londra e commissione del Banco speditore.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5152) *Pensione.* — Al Dott. G. Z. rispondiamo che, tenuto conto del contributo massimo pagato per dieci anni, nel 1916 liquiderà lire 1147.26 di pensione, nel 1921 lire 1764 e nel 1926 lire 2837.85. Può fare versamenti straordinarî per somme non eccedenti annualmente le lire 400 Il capitale formato con tali versamenti è liquidato a favore del sanitario o dei suoi eredi all'atto della cessazione dal servizio, qualunque ne sia la ragione e qualunque la durata del servizio prestato. Quando la durata sia superiore a 25 anni è data facoltà al sanitario di chiedere che tutto o parte del capitale stesso venga trasformato in assegno vitalizio a supplemento della pensione. Del versamento volontario che si ha intenzione di fare occorre dare partecipazione all'Ufficio sanitario provinciale, che sopraintende al servizio delle pensioni dei medici condotti.

(5153) *Concorso per nomina di medici condotti - Incompatibilità.* — Al Dott. Lux rispondiamo essere antico adagio del diritto romano: *Melius est intacta iura servari, quam infracta rimedium quaerere* e, cioè, meglio è salvaguardare prima i proprî diritti, che attendere che sieno violati per porvi rimedio.

Nel caso da Lei esposto, pur convenendo che la incompatibilità effettiva e tangibile si avvera coll'atto della nomina, non ci sembra inopportuno mettere fin da principio in sullo avviso la Commissione perchè escluda dal concorso colui che nominato, non potrebbe serbare il posto. Ammettendolo si danneggiano i diritti dei terzi che concorrono al medesimo posto. Che se la Commissione non ascolterà la sua voce e graduerà l'incompatibile e costui fosse effettivamente preferito dalla Amministrazione municipale, converrà allora impugnare il relativo atto di nomina con ricorso in linea straordinaria a S. M. il Re o con reclamo in linea contenziosa presso la IV Sezione del Consiglio di Stato.

(5154) *Rifiuto di prestare assistenza in caso di urgenza - Morte dell'infermo - Responsabilità.* — Il Dott. G. G. da G. essendosi rifiutato di prestare la propria assistenza ad un individuo infermo non appartenente alla sezione della condotta, cui era proposto in momento di urgenza, desidera conoscere se essendo avvenuta la morte di detto infermo non possa egli essere passibile delle pene comminate dagli articoli 371, 375 e 386 del Codice penale o dall'articolo 20 del regolamento 19 luglio 1906, n. 466.

Premettiamo in linea generale di massima che per aver luogo, nel caso da Lei indicato, l'applicazione di qualsiasi penalità occorre provare con irrefragabile certezza che la morte dello individuo è stata conseguenza fatale e diretta della negligenza del sanitario. In altri termini occorre dimostrare che la morte sarebbe avvenuta se fosse accorso il sanitario chiamato dalla famiglia. Qualora tale prova fosse raggiunta si potrebbe applicare al sanitario il disposto dello articolo 371 del Codice penale. Non sarebbe mai applicabile quello degli articoli 375 e 386 perchè riguardano ipotesi diverse. Sarebbe anche al caso applicabile il disposto dello articolo 20 del regolamento sanitario del 19 luglio 1906, n. 466.

(5155) *Congedi alle levatrici - Indennità.* — Il Dott. A. K. da A. chiede conoscere se una levatrice condotta che presta ininterrotto servizio da ben 25 anni non avendo mai usufruito della licenza normale di un mese che le spetterebbe per legge e non avendo mai perciò ricevuto l'indennizzo, possa ora pretendere una indennità proporzionata a tutti i congedi annui non usufruiti.

Allorchè si rinunzia al congedo non si ha diritto ad indennizzo. Non spetta, quindi, alla levatrice in parola alcun compenso per tutti i congedi cui ha, durante i molti anni di servizio, volontariamente rinunziato.

(5156) *Ufficiale sanitario - Presidente o membro della Congregazione di carità.* — Il Dottor F. L. da P. desidera conoscere se vi sia incompatibilità tra la carica di ufficiale sanitario e quella di presidente o membro della Congregazione di carità.

Fra la carica di ufficiale sanitario e quella di presidente o membro della Congrezione di carità non esiste incompatibilità di sorta.

(5157) *Ufficiale sanitario - Indennità cavalcatura.* — Il Dott. A. S. da P. desidera conoscere quali pratiche deve fare per ottenere che l'indennità per la carica di ufficiale sanitario, ora percepita interamente da un suo collega, che esercita in una frazione del Comune, sia bipartita per ottenerne parte a suo beneficio e quali pratiche possa egualmente espletare per ottenere che anche alla sua condotta sia assegnata la indennità di cavalcatura.

Non si può ottenere la partizione della indennità di ufficiale sanitario, perchè ogni Comune deve per legge tenere non due ma un solo ufficiale sanitario. Se la carica è unica, uno solo può legittimamente conseguire il relativo compenso. Per ottenere l'indennità di cavalcatura deve rivolgeresi al Consiglio comunale. In caso di negativa risposta chieda aumento di stipendio di ufficio da parte della G .P. A. ai sensi dello articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

(5159) *Infortuni sul lavoro - Prime immediate cure - Certificati.* — Il Dott. E. S. da T. B. desidera conoscere se il pagamento dei certificati in caso di infortunio è distinto da quello delle prime immediate cure ed a carico di chi ricade l'obbligo di sostenere il primo ed il secondo.

Le prime immediate cure da prestarsi ad un infortunato possono essere eseguite da un medico condotto od anche da un libero esercente. Nell'un caso e nell'altro, si ha diritto a ricevere compenso da parte del capo od esercente l'impresa ai sensi del capoverso ultimo dello articolo 9 della legge relativa che è del 31 gennaio 1904, n. 5. I certificati sono obbligatoriamente prescritti in numero almeno di tre. Il primo, compensato con lire due, è a carico del capo od esercente l'impresa; il secondo, compensato con 50 centesimi, è a carico dell'Istituto assicuratore, ed il terzo, compensato con lire 2, è anche a carico dell'Istituto assicuratore. Qualora l'operaio abbia diritto alla assistenza medica gratuita, l'ufficiale sanitario ed il medico condotto, obbligato a prestargliela deve rilasciare gratuitamente il secondo certificato e quanti altri ne occorrono per comprovare la continuazione della inabilità al lavoro. Tutto ciò è stabilito dallo articolo 149 del regolamento 13 marzo 1904, n. 141.

(5160) *Licenziamento del medico condotto.* — Il Dott. G. P. da C. M. desidera conoscere se per il licenziamento dei medici condotti e delle levatrici le prescrizioni degli articoli 37 e 44 del regolamento 19 luglio 1906 si fondono in una sola o costituiscono due distiniti metodi di licenziamento.

Il licenziamento del medico condotto e della levatrice condotta di cui è cenno nello articolo 37 del precitato regolamento è ben distinto e diverso da quello previsto nel successivo articolo 44. Il primo è pronunziato dal Consiglio comunale o per fine di prova o per giustificati motivi in grado di stabilità, mentre il secondo è pronunziato dal prefetto ed a sua iniziativa in caso di inadempienza da parte del Comune o Consorzio a provvedere. È naturale che se il Comune, accogliendo l'invito ricevuto dal prefetto provvede al licenziamento, la relativa deliberazione deve essere notificata al sanitario in copia autentica a mezzo del messo comunale. Devesi, infatti, notare che il precitato articolo 37 parla di *deliberazioni* che licenziano il medico condotto mentre il prefetto quando agisce da sè emette un decreto non una deliberazione.

(5161) *Stabilità nella carica di medico condotto - Nuovo concorso.* — Il Dott. F. B. da S. G. I. avendo prestato servizio per oltre due anni nel posto di medico condotto supplente ed avendo già in esso acquistata la stabilità, desidera conoscere se mantenga tale suo diritto acquisito nel caso che riuscisse vittorioso in un concorso testè bandito dal Comune per la nomina a medico condotto titolare.

Stante alla oramai costante giurisprudenza che ritiene valutabile nel periodo di prova il servizio interinale eventualmente prestato dal sanitario, dobbiamo rispondere affermativamente al quesito proposto inquantochè alla nuova nomina dovrebbe essere congiunto il servizio precedentemente da Lei prestato nella qualità non di interino ma di supplente, che è certamente più importante e disciplinata. Riteniamo, quindi, che Ella prendendo parte al concorso e riuscendo vittorioso possa ritenersi senz'altro stabile, avvalendosi della prova già fatta nella precedente sua posizione.

(5163) *Medico condotto - Servizio in locali di isolamento.* — Il Dott. N. M. da M. desidera conoscere se sia tenuto il medico condotto in caso di epidemia a prestar servizio gratuito nel locale d'isolamento e se questo servizio gratuito sia estensibile anche ai non poveri.

L'articolo 124 del testo unico delle leggi sanitarie dispone che verificandosi in un Comune una malattia infettiva di carattere epidemico tutti i medici esercenti, ed anche il medico condotto, debbono mettersi a disposizione del Comune stesso. Il mettersi a disposizione vuol dire che il Comune può destinarli, astraendo da eventuali patti contrattuali, a qualunque servizio e, quindi, anche alla cura di coloro che sono ricoverati in locali d'isolamento. La legge non parla di compenso, ma rende applicabile a detti sanitari, qualora ne sia riconosciuto il caso, il disposto degli articoli 112 e 113 del testo unico delle leggi sulle pensioni civili e militari del 21 febbraio 1895, n. 70. Sebbene però la legge taccia, noi crediamo che un compenso sia giustamente dovuto perchè trattasi di un servizio estremamente grave, pericoloso e dannoso per gli interessi privati del professionista. Anche pel medico condotto il

compenso sarebbe giustificato perchè mediante il semplice stipendio, ancorchè largamente rimunerativo nei tempi normali, si appaleserebbe insufficiente in tempi anormali e per un servizio che, come dicemmo, offre molti pericoli e privazioni. Il servizio presso il locale di isolamento comprende qualsiasi classe di persone venisse ivi ricoverata, o agiati, o poveri.

(5164) *Modificazioni nella circoscrizione territoriale della condotta - Diritti acquisiti.* — Il Dott. G. S. da C. espone che il Comune per rendere possibile la nomina di un secondo medico condotto, il cui posto era da tempo privo del titolare, pensò di aumentare il relativo stipendio portandolo a lire 3000. Per non fare anche a lui il medesimo trattamento modificò la circoscrizione territoriale delle due condotte, attribuendo le case sparse, per lo innanzi equamente ripartite, tutte alla seconda condotta. A lui si elevò lo stipendio di sole lire 2000 portandolo, con diminuzione di servizio, da lire 1800 a 2000. Per la supplenza gratuita scambievole, considerato il maggiore onere risultante a suo carico, dato il maggiore ambito della seconda condotta, gli fu concesso un emolumento corrispondente al maggior stipendio conferito all'altro sanitario. Chiede conoscere se si possa impunemente portare una sperequazione al servizio sanitario, che per tredici anni è stato ugualmente attribuito alle due condotte e se ciò non costituisca uno strappo a quei principî di stabilità dell'ufficio inteso nel senso dell'ambito del servizio sanitario. Sulla supplenza obbligatoria, oltre la zona di competenza cumulativa, chiede conoscere se non si vengano eventualmente ad imporre oneri ed aggravî vietati dal penultimo comma dello articolo 29 del regolamento sanitario.

L'articolo 22 del regolamento generale sanitario del 1906 dispone che il numero delle condotte, *la loro ripartizione nel territorio* e la sede di ciascun sanitario condotto debbono essere deliberati e stabiliti dal Consiglio comunale ed approvati dalla G. P. A. e che ogni modificazione deve essere deliberata ed approvata con la medesima procedura. Pertanto, se la modifica della circoscrizione territoriale della sua condotta fu deliberata ed approvata nei modi voluti dal precitato articolo di regolamento, è pienamente legale. Essendo la possibilità di modifiche prevista dalla legge non può dalla effettuazione in concreto di essa derivare offesa al diritto acquisito dal sanitario di rimanere, dopo i due anni di prova, nel possesso pacifico del suo ufficio e del suo stipendio. E tanto più non può Ella dolersi del fatto in quanto l'Amministrazione comunale, nel ridurle la circoscrizione della condotta e nel diminuirle conseguentemente il lavoro ha trovato equo aumentarle, sebbene di poco, lo stipendio che prima godeva. In quanto alla supplenza gratuita si concepisce a parità di condizioni, ma non quando l'una condotta è più estesa dell'altra. Chi sostituisce nelle assenze il collega della condotta maggiore riceve effettivamente un aggravio, che contrasta con la disposizione dello articolo 29 del regolamento sanitario. Quindi Ella ha diritto di rifiutarsi al maggiore e più gravoso servizio, sempre che il Comune non sia disposto a concederle una adeguata rimunerazione in proporzione della estensione materiale della condotta servita dal collega. Rivolga analoga domanda al Consiglio comunale ed in caso di rifiuto si protesti con atto legale al Comune con dichiarazione di non essere obbligato, per il proprio patto contrattuale, a prestare servizio da supplente in una condotta di estensione maggiore della propria. Se il Comune la obbligherà ad eseguire il servizio potrà adire l'autorità giudiziaria pel rifacimento di danni.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

ARCONATE-DAIRIGO (*Milano*). — Medico; ab. 3500 circa. Stipendio L. 4800 netto R. M.; due sessenni. Scad. 15 aprile.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico consorziale di vigilanza igienica. Vedi fasc. 13. Scad. ore 12 del 15 giugno.

BASALUZZO (*Alessandria*). — Approvato dalla Sezione di Novi - Tortona dell'A. N. M. C.; per la generalità degli abitanti in n. 1655; L. 800 pei poveri, L. 2500 per gli abbienti, L. 200 per U. S. e L. 200 indennità alloggio, lorde; due sessenni. Scadenza 25 aprile.

BASSANO (*Vicenza*). — Primo reparto, L. 2600 lorde. Poveri aventi diritto a cura gratuita circa 1500. Scadenza 16 aprile.

BRIOSCO (*Milano*). — Servizio consorziale (Briosco e Ospedale Armoni in luogo), condotta piena, 3244 abitanti, L. 3500 con alloggio, luce e riscaldamento, L. 200 quale uff. san. Capitolato medico e regolamento interno dell'Ospedale visibili nella Segreteria comunale. Scad. 15 aprile.

CAMPI SALENTINA (*Lecce*). — Al 15 aprile, ore 12, 2ª condotta pei poveri; L. 2500 lorde di imposta R. M., esenti dal contributo per C. P.

CASTELLEONE DI SUASA (*Ancona*). — Condotta semiresidenziale; L. 4450 lorde e tre sessenni; L. 150 se ufficiale sanitario. Servizio entro 15 giorni. Scadenza 25 aprile.

CASTELLETTO MERLI (*Alessandria*). — Condotto pei poveri ed uff. san. (esclusa la frazione Casalino); L. 2500 lorde. Ab. 1841. Scad. 30 aprile.

CERES (*Torino*). *Congregazione di carità.* — Sanitario dell'Opera pia Rolando; servizio gratuito per tutti gli abitanti di Procaria e Vernetto; 300 persone circa; L. 1500 nette da R. M., con godimento gratuito di casa in Procaria. Scadenza 20 aprile.

COMO. *Deputazione Provinciale.* — Medico primario; L. 4500 lorde dell'i. R. M.; tre quadrienni e due quinquenni del decimo; pensione. Titoli scientifici e pratici. Età limite 40 anni al 30 apr., s. e. r. Servizio entro 30 giorni. Scadenza ore 16 del 30 aprile.

COPPARO (*Ferrara*). — Condotto poveri frazione di Coccanile; L. 3200 lorde e L. 600 per obbligo di cav.; assicurazione. Assunzione entro 10 giorni. Scadenza 30 aprile.

CORTANDONE (*Alessandria*). — Condotta poveri; L. 1000. Entro il 22 aprile.

COSIO D'ARROSCIA (*Porto Maurizio*). — Fino al 20 aprile condotta. L. 2500 aumentabili per quattro sessenni, oltre a L. 350 per i servizi ostetrici e di ufficiale sanitario. Cura piena, in unico centro di 1096 abitanti.

DICOMANO (*Firenze*). — A tutto il 15 aprile condotta poveri 2ª sezione con sede nel capoluogo; circa 44 kmq.; ab. 1750 dei quali 200 poveri; L. 3000 lorde, tre sessenni; per i primi due anni assegno straord. di L. 500. Chiedere l'annunzio. Servizio entro 15 giorni.

FIUGGI (*Roma*). — Concorso per titoli ad entrambe le condotte medico-chirurgiche per la generalità; L. 4500 lorde ciascuna. Scadenza 16 aprile.

FONTANELLATO (*Parma*). — Prima condotta per 3644 abitanti dei quali 1640 circa hanno diritto all'assistenza san. gratuita; pei poveri L. 3800 lorde, obbl. cav.; sessennio. Scad. 18 aprile.

GALLARATE (*Milano*). *Congregazione di Carità.* — Terza condotta pei soli poveri. Nette L. 3000. Scade 14 aprile.

GRAGLIA (*Novara*). — Consorzio con Muzzano. Scadenza ore 12 del 24 marzo. Kmq. 32.92, in collina e montagna; ab. 3000 circa. L. 1200 per circa 100 poveri e L. 250 per suppl.; eventuali nomine a medico della Società operaia e ad U. S. Servizio entro il 15 aprile.

* LAIATICO (*Pisa*). — A tutto 14 apr. condotta per Orciatico, piena; L. 3500 lorde e L. 750 per la cav., obblig.; due sessenni; ab. 1035. Servizio entro 10 giorni.

MALONNO (*Brescia*). — Al 30 aprile condotta; L. 4273.77, al lordo della R. M.; generalità 2520 ab.; U. S. e gestione a. f.

* MARRADI (*Firenze*). — Terza sezione, residenza a Casale di Lutirano; L. 4500 lorde, popolazione 2400. Scadenza 30 aprile .

* MONTECAROTTO (*Ancona*). — 2ª condotta; L. 5250; 2 sessenni e L. 250 per supplenza. Scadenza 20 aprile.

* MONTECOSARO (*Macerata*). — Seconda condotta, in prevalenza chirurgica; età limite 40 anni; L. 3500 lorde per la generalità; aumento di lire 300 in corso d'approvaz.; L. 700 per cav.; L. 200 per supplenza. Abitanti 3650. Servizio entro 15 giorni. A tutto 5 maggio.

* MONTEFALCO (*Perugia*). — Una delle due condotte per la generalità; L. 4400 lorde. Scadenza 30 aprile.

MONTEPAONE (*Catanzaro*). — Condotto per i soli poveri; L. 2000 più L. 200 per indennità e L. 300 per servizio di U. S.; due sessenni. Abitanti 1900. Scadenza il 20 aprile.

MURAVERA (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 4400 lorde, oltre L. 225 pei carcerati. Scadenza 24 aprile.

NARNI (*Perugia*). — Condotte di Capitone e Guadamello; a tutto 30 apr. Abit. 1500 e 1250. L. 2400 p. poveri con tre sessenni; L. 800 p. gli abbienti; L. 750 per la cav., obbl.; L. 100 alla 1ª cond. per l'a. f.; L. 200 alla 2ª cond. per l'alloggio. Servizio entro 20 giorni.

OTRICOLI (*Perugia*). — A tutto il 15 aprile; lorde L. 4000, aumentabili. Rivolgersi alla Segret.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assistente effettivo; L. 1600 lorde di R. M.; il contributo C. P. è a carico dell'amministraz.; stanza, L. 10 per le guardie di 24 ore. Docum. alla Segr. non oltre le 17 del 20 aprile. Elenco delle votazioni. Servizio entro 10 giorni.

PALAZZONE. — 3° reparto. Scad. 20 aprile. Richiedere avviso di concorso.

PARMA. *Casa Penale.* — Sanitario; assegno di L. 1800 lorde. Età non superiore ai 45. Le domande al Ministero su carta da L. 1.25, dovranno pervenire alla Prefettura. Titoli di studio e di pratica medica. Nomina previo parere o relazione della Commissione. Scadenza 30 aprile.

* PIANDIMELETO (*Pesaro*). — Condotta consorziale 1° reparto; L. 4500 lorde, tre sessenni di L. 300, se U. S. L. 200. Supplenza scambievole con compenso di L. 187.50 e 10 giorni di congedo straordinario. Doc. e dom. d'uso al presidente del Consorzio. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Scadenza 10 maggio.

* POLINAGO (*Modena*). — 1ª condotta; L. 2700 lorde e tre sessenni di L. 200; L. 700 per obbligo di cavalcatura; assicurazione. Assunzione in servizio entro 10 giorni. Scad. 19 aprile.

PREDAPPIO (*Forlì*). — 2ª condotta; L. 3300 lorde con tre aumenti sessennali; indennità di cavalcatura L. 700; indennità di alloggio L. 300. Assunz. in servizio entro 25 giorni. Scad. 15 apr.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta di Nuvolato; ettari 1533; ab. 600 riuniti e 2025 sparsi; L. 3000 lorde e tre sessenni, per i poveri; L. 600 per carrozza e cavallo. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 27 marzo.

RADICONDOLI (*Siena*). — Condotta di Anqua; circa 50 kmq.; ab. 1041; L. 5000 lorde per la cura piena e L. 300 d'indennità residenza; obbl. cavalc. Scadenza 15 aprile. Età limite 35 anni. Servizio entro 15 giorni.

REGGIO EMILIA. *R. Prefettura.* — Secondo medico assistente presso il locale Manicomio giudiziario; L. 1800; titoli; domanda da L. 1.25; età massima 40 anni; statura non inferiore a m. 1.65. Residenza entro 15 giorni. Chiedere l'annunzio. Scadenza 15 aprile.

ROCCASECCA DEI VOLSCI (*Roma*). — Medico. Annue L. 3200. Scadenza 15 aprile.

SANFIORINO (*Milano*). — A tutto il 25 aprile. Stipendio L. 3500 con tre aumenti sessennali, L. 100 indennità u. s.; L. 25 indennità illuminazione ambulatorio. Metà affitto alloggio pagato dal Comune.

S. MAURO MARCHESANO (*Catanzaro*). — A tutto il 30 aprile concorso al posto di medico-chirurgo-ostetrico pei soli poveri, con lo stipendio annuo di L. 2000 lorde. Popolazione riunita abitanti 1839. Per schiarimenti rivolgersi al sindaco.

TAVARNELLE IN VAL DI PESA (*Firenze*). — Condotta al capoluogo (876 su 3763 ab.); soli poveri; kmq. 0.20; L. 2300 e quattro sessenni; L. 400 per cav., L. 150 quale U. S., L. 700 dall'Amministrazione dell'Ospedale Naldini, lorde. Scadenza 27 aprile.

TORINO. *R. Manicomio*. — Uno dei due posti di medico-direttore, con sede a Collegno; L. 6000 lorde, aumento di un decimo per 5 quinquenni. Alloggio gratis riscaldato ed illuminato. Rivolgersi all'Amministr., via Giulio 22. Scad. 15 apr.

VALLECORSA (*Roma*). — A tutto il 30 aprile condotta generalità; L. 3400 oltre L. 100 quale U. S., lorde di riten. R. M. Ab. 4415 agglomer.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide sanzionate: Falconara Marittima (per Fiumesino) (Ancona), Paese (Treviso), Gorno-Oneta e Suizzio, Bottanuco, Medolago (Bergamo).

Revoca di diffide: Saronne (Udine), Laiatico (Pisa), Pozzoleone (Vicenza), Galluzzo (Firenze), Fermignano (Pesaro-Urbino), Medicina e Castelserravalle (Bologna).

Ci si comunica:

« In occasione dell'avvenuta pubblicazione del concorso alla condotta consorziale di Pizzocorno-Cecima-San Ponzo-Trebbiano (Molino del Conte) la Sezione Voghera-Bobbio ricorda agli interessati che tale concorso è diffidato perchè a cura piena.

Per lo stesso motivo è stato diffidato il concorso di Portalbera, di pubblicazione imminente.

Si invitano i colleghi, organizzati e non organizzati, a non volersi frapporre nella lotta così aspramente combattuta in questa provincia perchè anche ai medici sieno finalmente riconosciuti quei diritti, omai pacifici per ogni altra categoria di professionisti ».

Il Cons. dirett. della Sez. Voghera-Bobbio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ROMA. — Il Consiglio direttivo della Croce Rossa ha conferito all'on. Facta la grande medaglia d'argento con diploma speciale, per le benemerenze acquistate verso la patriottica ed umanitaria istituzione.

MILANO. — Il dott. Enrico Grientini è stato dichiarato primo nel concorso al posto di vice ispettore medico dell'Ospedale Maggiore.

NOTIZIE DIVERSE.

Per l'igiene scolastica.

In questi ultimi giorni si è per la prima volta riunita la reale Commissione consultiva per la igiene scolastica e pedagogica, istituita con decreto del 25 ottobre 1914, su proposta dei Ministeri dell'interno e dell'istruzione. Alla presenza dell'on. Rosadi, sottosegretario di Stato per la pubblica istruzione, che ha recato il cordiale saluto del ministro Grippo, e con l'intervento di tutti i componenti — e precisamente del comm. Lutrario, direttore generale della sanità, dei comm. Corradini, Fiorini e Masi, direttori generali del Ministero della pubblica istruzione, dei professori Di Vestea e Sclavo e dell'ing. Poggi — la Commissione ha iniziato i suoi lavori eleggendo all'unanimità, a suo presidente, il comm. Lutrario.

Prima di aprire la discussione sull'ordine dei temi da trattare, il presidente ha opportunamente fatto cenno agli accordi preliminari intervenuti al principio del passato anno tra le due Amministrazioni, dell'interno e della pubblica istruzione, per l'azione da svolgere nel campo dell'igiene scolastica e pedagogica, accordi che hanno condotto alla costituzione della Commissione Reale. Ha pertanto comunicato che da una rapida e sommaria indagine, compiuta dalla Direzione generale della Sanità, risulta che in ben oltre la metà delle provincie del Regno — e non tutte tra le meno importanti — la sorveglianza ignienico-sanitaria è tuttora allo stato embrionale e che pochissimi sono i Comuni, anche tra i maggiori, i quali abbiano istituito un servizio efficace per la difesa sanitaria delle scuole. Il presidente ha altresì ricordato che il Ministero dell'interno, di piena intesa con quello dell'istruzione, ha provveduto all' apertura di brevi corsi di perfezionamento in igiene scolastica presso le Università del Regno, ad uso, di preferenza, degli ufficiali sanitari, essendosi riconosciuta la necessità di accrescere per questa parte, la cultura specifica di coloro che sono per legge tenuti ad esercitare le importanti funzioni della vigilanza sanitaria sulle scuole; ed ha riferito che tali corsi sono stati complessivamente frequentati, con ottimo esito, da oltre duecento sanitari. Ha aggiunto che, in pari tempo, si è tenuto un corso analogo presso il Laboratorio batteriologico della Sanità, per un primo gruppo di medici provinciali, titolari e aggiunti; e che nell'intento, poi, di collaborare all'opera di propaganda, che il Ministero dell'istruzione svolge ogni anno con i corsi di conferenze magistrali di igiene, il Ministero ha anche posto a disposizione dei sanitari incaricati delle conferenze stesse, in dieci provincie del Regno, un apposito apparecchio per proiezioni con una serie di diapositive su argomenti d'igiene scolastica, serie che potrà in seguito essere notevolmente accresciuta. Il comm. Lutrario ha chiusa la sua relazione, dichiarando che il Ministero dell'interno fa grande affidamento nell'opera della Reale Commissione, affinchè l'azione dello Stato, per il rinnovamento igienico del paese, validamente sorretta e integrata da quella della scuola, possa dare presto quei benefici risultati che, a parità di mezzi e di sforzi, già si sono ottenuti da altre nazioni; a suo giudizio, in sostanza, è la scuola media ed elementare, che può e deve diventare

il centro più importante di diffusione per la propaganda igienica nel Paese.

La Commissione, pienamente convenendo nelle considerazioni esposte dal presidente, dopo un largo scambio di idee sull'ordine dei propri lavori, ha deliberato di proporre alcuni provvedimenti, da adottarsi per ora in via di esperimento, circa la vigilanza sanitaria sulle scuole, tracciando quindi, nelle sue linee generali, il programma delle discussioni per una prossima riunione.

Per l'esecuzione delle opere igieniche.

Su proposta dell'on. Salandra è stato firmato un regio decreto da convertirsi in legge, col quale si proroga fino al 30 giugno prossimo il termine per l'applicazione delle disposizioni approvate col regio decreto 27 settembre 1914 per sollecitare l'esecuzione di opere igieniche comunali anche a sollievo della disoccupazione e di cui col 31 marzo u. s. cessava l'efficacia.

Tale decreto ha prodotto i più benefici effetti, tanto col semplificare ed abbreviare la procedura per la concessione dei mutui di favore, quanto col permettere di accordare sussidi in capitale da parte dello Stato a numerosi Comuni, a preferenza piccoli e poveri, i quali in tal modo han potuto iniziare presto molte e svariate opere che, oltre a lenire il disagio della classe operaia, avranno l'effetto permanente di contribuire in modo notevole al risanamento igienico del paese.

Concorso per un opuscolo-guida per conferenze sulla lotta antitubercolare.

La Lega Nazionale Italiana contro la tubercolosi, intendendo di svolgere un programma di difesa sociale contro la tubercolosi, adattato alla natura e alle condizioni del paese, indisse il 28 luglio 1913 un concorso tra i medici condotti ed ufficiali sanitari in servizio, per un opuscolo che dovesse valere di guida ai medici propagandisti e nel quale sotto forma di conferenze (non più di tre), fosse svolto il programma della difesa sociale contro la tubercolosi, sulla base di una traccia fornita dalla Lega stessa. Furono all'uopo stabiliti 5 premi per la somma complessiva di lire 1000, e cioè il 1° premio di lire 500, il 2° premio di lire 200, tre terzi premi di lire 100 ognuno.

Al concorso, che si chiuse il 31 maggio 1914, furono presentati ventuno opuscoli.

La Commissione giudicatrice composta dei professori Vittorio Ascoli, Tito Gualdi, Aristide Ranelletti, dopo particolareggiato esame, ha rilevato che molti dei lavori presentati sono degni di considerazione, in quanto rivelano nei rispettivi autori studio e coltura lodevoli, sia nel campo clinico che in quello sociale della tubercolosi.

Poichè anche i migliori lavori non vanno esenti da pecche di forma e di concetto, la Commissione giudicatrice ha ritenuto che nessuno di essi possa essere pubblicato, così come è, a nome della Lega Nazionale contro la tubercolosi, per rappresentare una guida per i medici propagandisti; ma ha proposto tuttavia che agli autori dei cinque migliori opuscoli siano egualmente conferiti i premi per l'impegno, la solerzia e l'accuratezza di cui i medici condotti ed ufficiali sanitari, pur tra le abituali e gravose cure professionali, hanno dato prova. Aperte le buste per identificare gli autori delle migliori conferenze si è visto: il 1° premio di lire 500 all'opuscolo contrassegnato col n. 17, che porta il motto «Isale», corrispondere al dott. Antonio Castaldi, medico condotto di Busto Arsizio; il 2° premio di lire 200 all'opuscolo contrassegnato col n. 16, che porta il motto « Salus publica suprema lex », corrispondere al dott. Gaetano Ungarelli, ufficiale sanitario di Minerbio; i tre terzi premi di lire 100 ognuno agli opuscoli contrassegnati coi nn. 20 (senza motto), 8 col motto « X Y Z », 2 col motto « Laudanda voluntas », corrispondere *ex aequo* ai dottori cav. Giovanni Cucco, medico condotto di Castelbuono (Palermo); Domenico Stivanin, ufficiale sanitario di Camisano (Vicenza); Achille Tomasinelli, medico condotto di Roccabianca (Parma).

La Commissione ha proposto ancora e la Giunta esecutiva della Lega contro la tubercolosi ha approvato che fossero dichiarati meritevoli di considerazione speciale *ex aequo* i lavori dei seguenti dottori: dott. Vincenzo D'Amico, medico condotto di Ielsi (Campobasso); dott. Domenico Falcioni, medico condotto di Roma; dottor Guido Fornaseri, medico condotto di Muggiò (Milano); dott. Giuseppe Mantella, medico condotto di Cessaniti (Catanzaro); dott. Vincenzo Petraroli, medico condotto di Torchiarolo (Lecce); dott. Cesare Scavonetto Materazzi, medico condotto di Carlentini (Siracusa); dott. Ferruccio Vitacchio, medico condotto di Morgongiori (Cagliari).

Conforme il bando di concorso, le memorie premiate restano di proprietà della Lega, la quale si riserva la facoltà di pubblicare colle opportune modificazioni uno o più degli opuscoli premiati. Le altre memorie sono rinviate agli autori.

La Croce Rossa per le pubbliche calamità.

Il Consiglio direttivo della Croce Rossa, nella sua adunanza del 28 gennaio scorso, deliberava di studiare la organizzazione di una più larga opera di assistenza, da parte della istituzione, in caso di pubbliche calamità.

La Croce Rossa, pure essendo una associazione nata per il soccorso ai feriti in guerra, ha dal 1900 cominciato a prestare collaborazione ai poteri centrali dello Stato nei casi di infortunio pubblico, ma senza preordinare vere e proprie organizzazioni speciali a questo fine.

Riconosciuta la necessità di perfezionare e di sviluppare siffatta cooperazione, il Consiglio stesso ha dato incarico al presidente conte della Somaglia, al vice presidente senatore Frascara e al consigliere on. Ciraolo di preparare una relazione sulla maggiore e più integrale attività dell'associazione, negli infortuni in tempo di pace; e il Consiglio direttivo nella sua adunanza del 2 aprile corrente, sentita e plaudita la esposizione del presidente e dei relatori, approvava il principio di massima ed il complesso delle proposte presentate, e invitava il presidente di esporre al governo i propositi e i programmi sia per il coordinamento delle organizzazioni di assistenza, sia per la istituzione di nuovi servizi interni della Croce Rossa, distinti da quelli preordinati a beneficio dei feriti in guerra.

Per il servizio sanitario militare.

Un decreto reale dà facoltà al Ministero della guerra di nominare, fino al 31 dicembre 1915, ufficiali di complemento nel corpo sanitario militare i laureati in medicina e chirurgia ascritti alla 1ª, 2ª e 3ª categoria, di età non superiore ai 40 anni.

Agli ufficiali medici nominati in base a questa disposizione sarà assegnato il grado di sottotenente, tenente o capitano, secondo norme da stabilirsi con decreto ministeriale.

Per l'organizzazione civile in casi di mobilitazione.

Si è costituito un Comitato romano per l'organizzazione civile in caso di mobilitazione, sotto la presidenza del sindaco Colonna.

Ne riportiamo il programma per l'assistenza sanitaria:

1. Indagini circa il fabbisogno di personale per gli ospedali.
2. Pratiche presso i privati per ottenere offerte di locali e di ospitalità ai feriti e convalescenti.
3. Accordo con le associazioni ospitaliere di pronto soccorso.
4. Ospedali sussidiari.
5. Servizî volontari di trasporto.

Per la rapida preparazione sanitaria alla medicazione dei feriti in guerra.

Promosso dalla Società Lancisiana, si è iniziato a Roma un corso di conferenze per una rapida preparazione sanitaria alla guerra.

Il corso è tenuto dai proff. Filippo Rho, generale medico nella R. Marina; on. Giuseppe Sanarelli, direttore dell'Istituto d'igiene; Amico Bignami, direttore del Laboratorio di patologia generale; Roberto Alessandri, direttore dell'Istituto di patologia chirurgica; Francesco Ghilarducci, direttore del Gabinetto di radiologia ed eletrologia medica; Umberto Riva, maggiore medico del R. Esercito. Ha luogo nell'Istituto d'igiene, nell'Ospedale militare al Celio e nel Policlinico « Umberto I ».

La conferenza inaugurale è stata tenuta nell'aula dell'Istituto d'igiene dal prof. Riva sull'organizzazione e funzionamento dei servizi sanitari in guerra.

Scuola Samaritana di Roma.

In seguito alle numerose richieste pervenute, verrà iniziato, martedì 13 corr., alle ore 19, al Collegio Romano, un nuovo corso d'insegnamento della Scuola Samaritana pei soccorsi d'urgenza, e sono perciò aperte le iscrizioni pei posti ancora disponibili.

Le iscrizioni si ricevono al Collegio Romano tutti i giorni dalle ore 18.30 alle 20 e verranno chiuse in modo definitivo appena raggiunto il numero stabilito.

Per la preparazione sanitaria della guerra.

La Pubblica Assistenza « Croce Bianca » di Roma apre un arruolamento per un numero illimitato di volontari aggregati, onde completare i quadri dei servizi straordinari.

I concorrenti, che dovranno essere di specchiata condotta, dovranno avere sorpassato il 17° anno di età e non essere superiori ai 30 anni.

I volontari aggregati, superato un corso speciale pratico-teorico, saranno muniti di bracciale o di tessera di riconoscimento e dovranno trovarsi sempre pronti a qualsiasi chiamata.

Si fa speciale appello agli studenti secondari ed ai giovani operai di iscriversi nelle file di questa benemerita istituzione.

Le iscrizioni — anche per lettera — si ricevono al Comando della Compagnia in via del Conservatorio N. 62 (presso Ponte Garibaldi).

Per l'assistenza e la beneficenza pubblica.

Si è riunito il Consiglio Superiore di assistenza e beneficenza pubblica; parzialmente rinnovato nei suoi membri.

Inaugurò la sessione il sottosegretario Celesia.

Poi, sotto la presidenza del sen. Astengo, si iniziarono i lavori, concernenti pareri per formazione di opere pie, applicazioni di statuti, esami di regolamenti di amministrazioni benefiche.

Il Policlinico Pavese.

Il Re ha ricevuto in udienza ufficiale il Sindaco di Pavia, prof. comm. Eteocle Lorini, recatosi appositamente a Roma per invitare, a nome della sua città, il Sovrano alla cerimonia della posa della prima pietra del nuovo Policlinico, che secondo una legge speciale votata dal Parlamento sorgerà per il vistoso concorso dello Stato, della Città e dell'Ospedale di Pavia, nonchè delle Provincie Lombarde.

Il Re ha aderito, solo facendo qualche riserva di fronte alle possibili circostanze politiche.

Nuovo ospedale.

È stato concesso un mutuo di L. 50,000 al Comune di Asiago (Vicenza) per la costruzione di un ospedale, alle condizioni normali d'interesse (4 %).

Un dispensario contro la tubercolosi a Padova.

A Padova si sono solennemente inaugurati i nuovi locali costruiti dall'Ospizio Marino, dell'Istituto dei rachitici e dall'Associazione Padovana contro la tubercolosi, per il dispensario antitubercolare.

Pronunciarono discorsi il gr. uff. D'Ancona, presidente dell'Ospizio Marino, e il cav. Randi, presidente dell'Associazione contro la tubercolosi; quindi il prof. Giardina e il sen. Foà ebbero parole di vivissimo elogio per gli ideatori del nuovo istituto, che mantiene a Padova il nobile primato tra le città italiane dell'assistenza e della cura dell'infanzia debole e malaticcia.

Un'istituzione antitubercolare a Caltagirone.

Il dott. Salvatore Cova, già direttore del Dispensario antitubercolare di Caltagirone, ha ora fondato l'opera « Protezione dell'infanzia », la quale si propone di sottrarre i figli dei tubercolotici poveri all'ambiente infetto di famiglia, inviandoli a rigenerarsi in campagna, insieme ai bambini predisposti alla tubercolosi.

Per la coltura popolare.

Al Congresso nazionale di Firenze delle Università popolari italiane, il Consiglio federale fu incaricato di promuovere nei piccoli centri delle

varie provincie, Scuole da aggregarsi quali sezioni alle Università popolari più vicine. Ora, il Comitato Federale, presieduto dal senatore L. Pullè, sollecita all'intento la cooperazione delle istituzioni federate ed invita, mediante apposita circolare a tutte le sezioni, a stimolare gli elementi più adatti, affinchè in ogni piccolo centro dove tale opera può esplicarsi, associandosi gli elementi affini, fra cui i medici ed altri sanitari, si costituiscano dei circoli di cultura con l'intento di tenere conferenze o lezioni, settimanali o più frequenti, su argomenti di coltura varia, indirizzate al popolo e perciò in forma elementare e dimessa e non cattedratica, al quale scopo potrebbero le persone incaricate valersi come guida di vari manualetti circa i quali la Federazione potrà dare schiarimenti ed accordare facilitazioni.

Detti circoli di coltura potranno raccogliere o dalla Autorità comunale o da privati i tenui fondi occorrenti ad un funzionamento modesto, non essendo necessario disporre all'uopo di forti mezzi, ma solo di deciso volere.

Il bisogno grande di istruzione che si ha nelle nostre classi operaie ed agricole e la necessità oggi più che mai impellente di dare incremento alla coltura nazionale consiglia ad insistere con ogni mezzo su tale iniziativa, destinata a sicuro successo ove le menti illuminate che sono a guida delle più importanti Associazioni nazionali, vogliano prenderla in considerazione.

Propaganda igienica.

Per iniziativa della Società d'igiene e col concorso del Comune di Milano, si è iniziato anche in questo anno lo svolgimento di corsi popolari d'igiene nelle scuole serali maschili superiori e nelle scuole festive superiori femminili della città. Ogni corso consta di cinquanta lezioni, tenute da sanitari specialisti.

Le lezioni dell'igiene del lavoro, oltre che nelle sedi scolastihe, sono tenute anche nella Clinica delle malattie professionali.

Il prof. Luigi Devoto ha tenuto nella Clinica delle malattie professionali di Milano tre conferenze di patologia e igiene professionale dei pasticcieri, confettieri ed affini, i quali vi convennero in numero di circa 150.

Il prof. Ernesto Bertarelli ha tenuto nella sala di lettura del Circolo Filologico Milanese una conferenza sul tema: « I risultati della lotta antimalarica in Italia».

Il prof. Cavazza, docente di patologia all'Università di Bologna, ha pronunziato una conferenza all'Università Popolare di Verona sul tema: « Mali e rimedi di ogni giorno ».

Sulla vaccinazione antitifica.

Il prof. Luigi Lucatello ha tenuto a Padova una conferenza pubblica sulla vaccinazione antitifica, trattando delle basi scientifiche del metodo e servendosi di copioso e svariato materiale dimostrativo tratto dalle reazioni locali e generali dei vaccinati; mise a raffronto i diversi vaccini.

Sullo stesso argomento il dott. prof. Giovanni Grixoni, della Scuola di sanità militare di Firenze, ha tenuto una conferenza all'Associazione sanitaria milanese.

I servizi sanitari in Francia.

Il prof. Andrea Ceccherelli, direttore della Clinica chirurgica della R. Università di Parma e ispettore medico della Croce Rossa Italiana, reduce da un viaggio d'istruzione in Francia, ha tenuto nel salone del Circolo degli ufficiali di terra e di mare in Roma una conferenza sul tema: « Dalla terra dove la morte riafferma la vita! ».

Per i mutilati in guerra.

Nell'aula degli Istituti Clinici di Milano, davanti ad imponente uditorio, il prof. Galeazzi, infaticabile propugnatore della moderna assistenza ai debilitati nel lavoro, parlò, colla competenza che è tutta sua, delle moderne provvidenze sociali per i mutilati in guerra, presentando anche impressionanti proiezioni fotografiche e cinematografiche, esempi splendidi di quanto già si opera similmente in favore di tanti infelici nell'Istituto dei rachitici di Milano, cui egli con tanto amore presiede.

Su la patologia della vecchiaia.

Il prof. Luigi Panichi ha cominciato nell'aula dell'Istituto d'Igiene di Roma, diretto dall'onorevole G. Sanarelli, un corso su la patologia della vecchiaia.

Prolusione.

Il prof. Riccardo Versari, chiamato dalla cattedra di anatomia umana di Palermo a quella di Napoli, ha iniziato il suo corso commemorando il suo predecessore sen. Antonelli e svolgendo il tema: « Anatomia umana e moderna biologia ».

Onoranze al senatore Lustig.

Il 31 marzo u. s., ricorrendo il 25° anno d'insegnamento cattedrattico del prof. sen. Alessandro Lustig, furono tributate solenni onoranze all'illustre patologo generale di Firenze, ad iniziativa dei suoi discepoli.

Per Fabrizio d'Acquapendente.

Presto s'inaugurerà in Roma, al Pincio, un busto in marmo dell'insigne fisiologo Gerolamo Fabrizi, detto Fabrizio d'Acquapendente (dalla città nativa), scopritore delle valvole delle vene e autore d'importantissimi studi sulla circolazione del sangue. L'iniziativa delle onoranze fu presa dagli Acquisani residenti in Roma. Il busto fu modellato dallo scultore romano conte L. Cozza.

Un busto al prof. Mibelli.

In memoria del compianto prof. Vittorio Mibelli, che per molti anni diresse la Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Parma, è stato inaugurato un ricordo marmoreo, nei locali della Università, ad iniziativa della Società Medico-Chirurgica di Parma, eseguito dallo scultore cav. Aristide Bassi. Il discorso inaugurale fu tenuto dal prof. Mario Pelagatti, già discepolo ed assistente del Mibelli e poi succedutogli nella cattedra.

Rassegna della stampa medica.

Münch. Med. Woch., 22 dic. RUGE: Operazioni vaginali in anestesia locale. — REYE: Sull'etiologia dell'endocardite verrucosa. — DREYFUS e UNGER: Sulla terapia del tetano.

The Journal A. M. A., 19 dic. WILLSON: Il cuore nelle infezioni acute. — HOGUET: Chirurgia militare. — ORGOOD: Posizione e disturbi intestinali nella coxite. — WILLIAMS: Sindrome d'insufficienza adrenale. — GERAGHTY: Trattamento della pielite cronica.

Medic. Record, 19 dic. FAUNTLEROY: Chirurgia militare. — RANKIN: La lettura dello sfigmomanometro in clinica.

Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 dic. COTTIN: La numerazione degli elementi cellulari nel liquido cefalo-rachidiano.

Wien. Klin. Woch., 24 dic. ARZT: Sul tetano. — PRIBRAM: Sulla profilassi e la terapia dei congelamenti. — SACHS: La lotta contro le malattie veneree e parassitarie negli eserciti.

Gazz. d. Osp., 24 dic. CECCONI: Sindromi emorragiche del tifo. — 17. dic. BERTELLI: Sulla difterite cutanea.

Berl. Klin. Woch., 28 dic. WACHSNER: Sull'asimmetria bilaterale del corpo umano. — MELCHIOR: Le ferite da proiettili indiretti. — TEN HORN: Sulla diagnosi di appendicite.

Folia Gynaecologica, I-III. VERCESI: Colesterinemia materna e fetale. — BERTOLONI: L'opoterapia ipofisaria in ostetricia. — BRUGNATELLI e VERGA: Nuovo metodo di pelvioplastica. — MERLETTI: Metrorragie ed elettroterapia. — COVA: Cause di torsione dell'utero fibromatoso. — DECIO: L'associazione neoplastico-infiammatoria e plurineoplastica dei genitali muliebri.

Riv. di patol. nerv. e ment., 26 dic. ZIVERI: Epilessia tarda e demenza arteriosclerotica. — PASTINE: Sinergie funzionali tra i muscoli estrinseci dell'occhio innervati dal terzo paio e lo sfintere pupillare.

Bull. de l'Ac. de Méd., 22 dic. LETULLE e MAGE: Trattamento della febbre tifoide con l'oro colloidale per iniezioni endovenose.

Giorn. Ital. d. Mal. Ven. e d. Pelle, VI. FRANCESCHINI: Sulla patogenesi sifilitica di alcune malattie comuni. — MARTINOTTI: Sull'edema essudativo acuto. — SEGRÈ: Sporotricosi cutanea.

Il Morgagni, dic. MILLIONI: Diagnosi e terapia dell'ileo-tifo. — DE LUCA: Il «siero-vaccino Bruschettini» nelle tubercolosi chirurgiche. — PAGNACCE: Sulla pancreatite cronica. — CIVELLA: Sarcoma melanotico della coroide.

The Boston M. a. S. Journal, 24 dic. BALBONI: Il pneumotorace alla Forlanini. — ZUEBLIN: Azione della pituitrina nella debolezza cardiaca. — WHITCHER: La mastite nella gravidanza.

Medic. Record, 26 dic. MC WILLIAMS: Disturbi riflessi dell'appendicite cronica. — PACKARD: Terapia della febbre nella tubercolosi polmonare.

The Journal A. M. A., 26 dic. SQUIER: La cistectomia subtotale. — SKILLERN: Piccole cisti traumatiche del metacarpo.

Münch. Med. Woch., 29 dic. LESCHKE: Angina da pneumococchi e suo trattamento. — BIELSCHAWSKY: Disturbi oculari senza reperto obbiettivo in guerra. — Varia di medicina di guerra.

Zeitschr. f. Tuberk., dic. BAER: Il piombaggio dei polmoni nella tubercolosi polmonare. — MAYER: Tubercolosi e gotta.

La Presse Méd., 24 dic. GAUGEAS: Localizzazione dei proiettili. — BROCA: Anatomia chirurgica dell'arto superiore per le operazioni d'urgenza. — 31 dic. BRIAND: I tossicomani e la mobilitazione. — SERGENT: L'adrenalina nella febbre tifoide. — SCHULMANN: Splenopneumonia traumatica da ferite in guerra.

Bull. de l'Ac. de Méd., 29 dic. HARET e SCHLESINGERG La localizzazione dei proiettili alla radioscopia.

Bull. d. Sc. Med., dic. SALAGHI: Sullo smorzamento dei suoni di differente altezza.

Arch. di Ortop., dic. CARLINI: Cura del piede torto congenito. — GIANNETTASIO: Modificazione al metodo Codivilla del chiodo per la trazione scheletrica diretta. — BASSETTA: Metatarsalgia.

Riv. Ospedaliera, 31 dic. BASTIANELLI R.: L'operazione di Whitman per la cura del piede calcaneo-vago-paralitico. — MUTO: L'arteriosclerosi intestinale.

Arch. d. Sc. Ospedaliera, n. 9. CHIANCARINI: Morbilità e mortalità degli infermieri all'Ospedale Maggiore di Milano.

Arch. d. Maladies du Coeur, ecc., sett. AUBERTIN: Anemia perniciosa in un radiologo. — LETULLE: Origine infettiva di malformazioni del cuore e dei vasi. — CHARLIER, NOVÉ, JOSSERAND e BOULUD: La siderosi viscerale.

Ott. PEZZI e GASPERINI: Polso venoso femorale d'origine auricolare.

Nov. DONZELOT: Le tachicardie parossistiche.

Dic. VAQUEZ e AUBERTIN: La radioterapia nelle anemie gravi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. POZZI, resp.

Anno XXII. Roma, 18 aprile 1915 Fasc. 16

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AI RITARDATARI. A quei pochi associati che non hanno finora pagato l'importo del proprio abbonamento (*) pel 1915, importo che perciò fu loro direttamente chiesto con nostre Circolari del febbraio e marzo u. s., rinnoviamo la preghiera di volerne gentilmente affrettare l'invio per mezzo di Cartolina Vaglia, la quale dovrà essere indirizzata esclusivamente al Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, n. 46, Roma.

L' AMMINISTRAZIONE.

(*) Per le spese di affrancazione e raccomandazione del premio ordinario, unire all'importo d'abbonamento centesimi 50 se per l'Italia e fr. 1 se per l'Estero

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

RIVISTE SINTETICHE.

Rivista sintetica e critica dei nuovi mezzi di diagnosi della sifilide

per il dott. PIETRO D'ALESSANDRIA
degli Ospedali di Roma.

Tutti i tessuti, tutti gli organi, tutti gli apparecchi possono essere attaccati, sia precocemente, sia tardivamente dalla sifilide. È inutile insistere sulla frequenza di questa malattia e sopratutto sulla sua gravità e sulle sue multiple manifestazioni. Molto spesso, come è risaputo, queste manifestazioni non presentano alcun tipo clinico che permetta di affermarne l'origine.

Fino a questi ultimi anni per formulare la diagnosi di sifilide non ci si poteva basare che su argomenti clinici e terapeutici, ambedue quasi sempre assai incerti.

Vennero poi in aiuto le ricerche istologiche, poi la citologia dei diversi umori, sopratutto del liquido cefalo-rachidiano. Di poi vennero i metodi sorti dalle acquisizioni recenti fatte nello studio sperimentale della sifilide: inoculazione della sifilide negli animali; ricerca dell'agente infettivo, il treponema pallido; siero-diagnosi per applicare il fenomeno della deviazione del complemento agli umori dei sifilitici. Questi metodi si propongono sia la ricerca diretta del microbo patogeno, sia la dimostrazione delle reazioni provocate da questo agente nell'organismo infetto per mezzo della siero-diagnosi della sifilide.

È di grande interesse conoscere i metodi di diagnosi della sifilide sia per la grande importanza che essi hanno ma ancor più per apprezzare il loro valore reale e pratico.

Questo appunto è lo scopo del nostro lavoro. Studieremo successivamente:

I. la ricerca del treponema;
II. l'inoculazione negli animali;
III. i metodi istologici: istopatologia e citologia del liquido cefalo-rachidiano;
IV. intradermoreazione alla sifilina;
V. le siero-diagnosi.

I. — *Ricerca del treponema.*

In tutti i tempi l'osservazione clinica ha fatto considerare la sifilide come il tipo di un'infezione virulenta e contagiosa. Ma la dimostrazione batteriologica si è avuta solo nel 1905 in seguito agli studi ben noti di Schaudinn e Hoffmann. Questi AA. descrissero come microrganismo della sifilide lo spirochete pallida.

È noto che il treponema si presenta come un piccolo elemento filiforme lungo 6-14 μ su un quarto di μ di larghezza ricontorto su se stesso in spirale e formante complessivamente 6-12 giri di spira assai ravvicinata e fine. Il corpo sarebbe cilindrico a sezione arrotondata con un cilio a ciascuna estremità. Non si rileva una membrana ondulante. Altre volte il treponema è rettilineo nella sua parte mediana o in una delle sue metà (Nicolas, Favre, André), altre volte completamente rettilineo (Fouquet). Qualche treponema raro, presenta a una estremità un corpuscolo, piccola sfera arrotondata, brillante, rifrangente che può essere interpretata come una spora (Nicolas, Favre, André) o come un giro di spirale chiuso.

Spesso i gruppi dei treponemi sono messi uno dietro l'altro per una certa lunghezza e si biforcano ad Y ad una delle estremità.

I metodi di ricerca del treponema sono stati indicati come mezzo di diagnosi della natura sifilitica di parecchie lesioni. Essi si propongono di mettere in evidenza il treponema sia con colorazioni, sia con l'esame diretto allo stato vivente a mezzo dell'ultra microscopio. Le colorazioni possono essere fatte sui gruppi di treponema o sui tessuti o sul sangue con tecnica diversa.

Colorazione del materiale steso in strati sottili.

Il materiale si può colorare in una infinità di modi e tutti i metodi sono abbastanza buoni, ma la colorazione col bleu di Giemsa o col bleu di Marino sono le più pratiche.

Nelle colorazioni alla Giemsa il treponema apparisce coi caratteri che sopra abbiamo ricordato, ma la colorazione rosa pallida che abbiamo dato più sopra come caratteristica e differenziale non è assolutamente esatta e il treponema è soventi colorato in bleu. Tuttavia questo metodo quando è usato bene è anche il migliore. Un po' di pazienza e una buona tecnica permettono di mettere in evidenza il treponema nelle lesioni primarie ed in quelle secondarie. Si può obiettare che occorrono almeno 24-48 ore per ottenere una buona colorazione, ma in pratica anche dopo qualche minuto si ha una colorazione sufficiente a poter ben differenziare il treponema.

Il bleu di Marino, secondo il procedimento di Bottelli, colora il treponema in bleu ed in violetto. Questo processo ha il vantaggio della rapidità. Sono sufficienti pochi minuti per ottenere una colorazione. Ma si hanno soventi dei precipitati che rendono i preparati meno evidenti e si è costretti di preparare la soluzione di bleu volta per volta al momento in cui serve.

Il metodo di colorazione del materiale ha un grande valore diagnostico ed è realmente pratico. Nei casi di sifilide recente (accidente primitivo ed accidenti secondari cutanei o mucosi di tutti i tipi) il metodo permette di ritrovare il treponema a colpo sicuro. Tuttavia è evidente che il non ritrovare il treponema non può far escludere che la sifilide non esiste.

Le critiche che si possono fare ai metodi correnti della colorazione del materiale sono: la necessità frequente di esami lunghi e minuziosi di molte placche nelle quali il treponema può essere raro: l'assenza dei caratteri differenziali sufficienti per separare il treponema dagli altri spirocheti. In generale è tuttavia assai facile distinguere il treponema dalle varietà seguenti: dallo *spirillo della simbiosi fusospirillare* che ha ondulazioni lente, sempre accompagnato dal bacillo fusiforme: dallo *spirochete plicatilis* molto grosso, molto spesso, provvisto di membrana ondulante: dallo *spirochete dentium* con giri di spirale estremamente fini e ravvicinati: dallo *spirochete del cancro ulcerato* colle estremità mozzate e provvisto di una membrana ondulante: dalle diverse varietà dello *spirochete boccale* o *balanitidis* più grosso, più ondulato, flessuoso più che girato a spirale: dallo *spirochete refringens* che assume meglio il colore, a giri di spirale meno ravvicinati e a estremità mozzate. Ma sul materiale raccolto nella bocca e negli organi genitali la diagnosi data dalle colorazioni è spesso impossibile fra il treponema vero e lo spirochete refringens, buccalis o balanitidis. Così in questi casi bisogna mostrarsi molto prudenti nell'affermare la sifilide solo dopo aver fatto l'esame microscopico del preparato.

Colorazione dei tagli.

Il migliore metodo è quello dell'impregnazione coll'argento secondo il processo di Bertarelli,

Volpino e Bovero, modificato da Levaditi, con soppressione della doppia colorazione col Giemsa (Nicolas, e Favre). Gli spirocheti appariscono allora sotto la forma di tratti ondulati neri che risaltano sulla tinta gialla dei tessuti. Alle volte esaminati su tagli di organi in via di degenerazione, (fegati di eredo luetici) i treponemi sono ridotti all'aspetto di piccoli bastoncini corti o di semplici grani per opera di una vera « treponemolisi » (Nicolas e Favre).

Quello di Levaditi è un metodo eccellente. Esaminando una serie di tagli si giunge quasi sempre a ritrovare il treponema nei tessuti ove ha sede con dei caratteri netti a meno che non sia confuso con fibrille connettivali o elastiche o nervose. Ma la colorazione del treponema sui tagli microscopici non ha un grande valore praticamente: non è possibile che in pochi casi dopo una pratica profonda: la tecnica è assai delicata e reclama naturalmente un laboratorio: e infine non è mai molto rapida. Tuttavia può essere applicata per lo studio della sifilide ereditaria e della sifilide sperimentale negli animali.

Colorazione nel sangue.

Le colorazioni nel sangue non sono metodi nè clinici nè pratici. I casi positivi sono molto rari fino ad ora anche durante il periodo secondario del male. I metodi per idro-emolisi di Nattan-Larier e di Bergeron, o per impregnazione argentea di Ravault e Ponselle sono molto delicati.

Esame con l'ultra microscopio.

Questo è un processo relativamente recente e che permette di esaminare gli essudati sierosi delle lesioni cutanee o mucose di tutti i liquidi dell'organismo o dei succhi ottenuti colla spremitura dei tessuti. I treponemi sono visti, quando si trovano, allo stato vivente. Essi appariscono come un filamento fino, bianco, molto brillante, con 5-20 ondulazioni, o sotto la forma di una linea bianca a zig-zag, o sotto l'aspetto di un monile di grani brillanti che si alternano con dei punti oscuri. Sono animati da movimenti o in avanti o indietro e da movimenti rotatori attorno al loro asse longitudinale, movimenti di tirabouchon.

Il valore clinico e pratico dell'esame coll'ultramicroscopio è più grande ancora che quello della colorazione del materiale stratificato. Il processo è più sensibile. Negli accidenti giovani della sifilide dà dal 90 al 93 % di risultati positivi. Certamente esistono delle difficoltà nella colorazione. Tuttavia è il processo più rapido, più facile, più sicuro che si possiede per la diagnosi di un processo sifilitico.

Occorrono pochi minuti per montare l'apparecchio e fare i rilievi. L'esame è semplicissimo e non abbisogna una tecnica complicata. Tuttavia bisogna notare che quando il materiale proviene da lesioni boccali o genitali la distinzione fra treponema e le altre specie di spirocheti non è molto facile ed evidente.

Il valore clinico della ricerca del treponema è assoluto negli esami positivi perchè è universalmente ammessa oggi l'importanza patogena del treponema (Neisser). Il treponema è stato ritrovato in quasi tutte le lesioni sifilitiche della sifilide acquisita, ereditaria o sperimentale. Non è stato mai ritrovato nelle lesioni di altra natura. Ma il valore pratico della sua ricerca è molto differente nei vari casi.

Nei casi di sifilide acquisita recente è importantissimo. Nell'accidente iniziale non curato si riscontra sempre il treponema: se l'accidente è già in via di cicatrizzazione la puntura dei gangli satelliti dà spesso dei risultati positivi.

Nelle manifestazioni secondarie, negli accidenti cutanei o mucosi di qualunque tipo essi siano (meno nei tipi acneici o impetiginosi) almeno fino ad oggi ,la ricerca del treponema conserva ancora tutto il suo valore. Negli accidenti terziari, al contrario, la diagnosi batteriologica non ha importanza clinica perchè rapidamente non è stato messo in evidenza che in casi rarissimi. Così fino ad oggi gli esami praticati in sifilitici di data antica non hanno dato risultati positivi.

Nella sifilide ereditaria la ricerca del treponema ha lo stesso valore. La ricerca è positiva quasi sempre nelle lesioni precoci cutanee o mucose o per il liquido ottenuto mediante la puntura dei capillari di certi organi: fegato, polmone, milza, ma nelle manifestazioni tardive a tipo terziario e quaternario non dà alcun risultato.

In conseguenza benchè le condizioni stabilite da Pasteur per affermare il valore patogeno di un microrganismo ci manchino (impossibile la coltùra fino ad oggi, impossibile l'inoculazione di questa coltura riproducente l'infezione primitiva) benchè pure manchi la costanza del treponema nelle lesioni della sifilide acquisita, ereditaria, e sperimentale, benchè pure manchi la sua assenza nelle lesioni di altra natura, siamo tuttavia in diritto di considerarlo come il vero agente della sifilide. Così la ricerca del treponema, specialmente a mezzo dell'esame con l'ultra-mocroscopio, deve essere considerata come un eccellente mezzo di diagnosi.

Ma se « la presenza del treponema ci permette « in tutti i casi di affermare che la sifilide esi- « ste, la sua assenza non permette di dire che la « sifilide in quel caso non esiste ».

II. — *Inoculazione negli animali.*

Le ricerche di Roux e Metchnikoff pubblicate il 28 luglio 1903 stabilirono in modo assoluto la possibilità dell'inoculazione della sifilide nelle scimmie superiori.

Lavori e ricerche ulteriori dimostrarono la possibilità di tale inoculazione anche nelle scimmie inferiori e in altre specie animali, conigli, cani, solo mediante modificazioni nella tecnica. In seguito si è voluto applicare questa trasmissione sperimentale alla diagnosi della sifilide. Ma è veramente un metodo di grande valore clinico e può praticamente essere impiegato?

La *sensibilità delle specie animali* è molto variabile con ciascuna di esse. Le scimmie superiori, i grandi antropoidi, gli cipanzè sono gli animali più scelti (Roux e Metchnikoff, Neisser). L'inoculazione del virus sifilitico dà quasi costantemente una ulcerazione primitiva seguita spesso da accidenti secondari (cipanzè, giboni, ecc. ecc.): gli accidenti secondari sono quasi del tutto nulli negli orangs-outangs. Le scimmie inferiori sono anche esse utilizzabili (i macachi, M. cynomulgus, M. sinicus, ecc., i cinocefali): in questi si ottiene una ulcerazione primitiva ma mai accidenti secondari.

L'*inoculazione* è semplice: si fa per mezzo di scarificazioni epidermiche impregnate di virus sifilitico. I luoghi d'elezione sono le mucose genitali, la regione sopracigliare, il bordo libero delle palpebre. Il coniglio, il gatto, il cane possono essere inoculati, ma solamente nell'occhio con una tecnica speciale e delicata consistente in scarificazioni della cornea o inoculazioni nella camera anteriore dell'occhio.

Le *lesioni della sifilide sperimentale* nelle scimmie superiori, specialmente negli antropoidi, sono del tutto rassoglianti a quelle che si osservano nell'uomo. Nel punto inoculato, dopo una incubazione che varia da 14 a 50 giorni, dopo 23-25 giorni in media, apparisce una lesione che prende i caratteri assolutamente tipici dell'ulcera sifilitica con induramento e ingorgo delle ghiandole satelliti. Di poi nelle scimmie superiori, e molto raramente nelle scimmie inferiori, si ha una esplosione di fenomeni secondari a carico della cute e delle mucose. Gli accidenti terziari sono ancora sconosciuti. Nelle scimmie dunque si hanno caratteri obbiettivi nettissimi di una inoculazione positiva.

Nel coniglio, il cane, il gatto l'inoculazione determina lesioni della cornea, cheratite puntata, ulcerosa, interstiziale, diffusa. L'esame istobatteriologico è necessario per determinarne la natura.

In tutte le lesioni della sifilide sperimentale si ritrova il treponema. Queste lesioni sono nuovamente inoculabili in serie da scimmia in scimmia, da animale a scimmia. Qualunque sia lo animale l'infezione è generalizzata negli organi interni nei 70 giorni o poco più che seguono alla inoculazione. L'inoculazione di questi organi riproduce in nuovi animali le lesioni sifilitiche.

I *risultati* dati dalle inoculazioni negli animali mostrano che questo metodo non potrebbe essere applicato con sicurezza in tutti i casi: vi è infatti una virulenza variabilissima nei prodotti sifilitici a seconda del tipo dell'accidente.

L'ulcera primitiva, recente, dà una inoculazione positiva costante (Neisser, Thibierge e Ravaut, Hoffmann, Finger e Landsteiner, Siegel) lo stesso si dica del periodo secondario per quanto riguarda la sierosità delle papule o delle placche mucose (Metchnikoff e Roux, Finger, Lassar) per il sugo gangliare estratto dalle adeniti satelliti o generalizzate, per il sangue prelevato dal circolo generale, più raramente per lo sperma, eccezionalmente per il liquido cefalo-rachidiano.

Al contrario l'inoculazione positiva degli accidenti terziari è rara e passeggera. Tuttavia, malgrado gli esperimenti contrari di Salmon, essa è stata ottenuta da Finger e Landsteiner, Neisser, Hoffmann. La gomma può dunque essere contagiosa ed inoculabile, ma solo eccezionalmente. Gli stessi risultati positivi sono stati ottenuti nella sifilide ereditaria.

L'inoculazione della sifilide negli animali è un mezzo pratico di diagnosi?

Malgrado la certezza assoluta che dà una inoculazione positiva, essa non può rientrare nella pratica corrente e resta soltanto un esperimento molto interessante. Questo metodo è passibile di troppe obbiezioni pratiche e cliniche. È assai difficile e ingombrante e costoso di procurarsi e di mantenere delle scimmie. Le inoculazioni nei conigli, gatti, cani, sono delicate e reclamano un materiale speciale e conoscenze di istobatteriologia complete. Nei casi di accidente primitivo bisogna attendere troppo a lungo perchè esso sia fissato. Infine gli accidenti terziari, che sono anche i più difficili a diagnosticarsi, non sono inoculabili che molto raramente.

III. — *Metodi istologici.*

Questi metodi comprendono l'esame istologico delle lesioni in vivo o delle alterazioni sottratte con mezzi chirurgici, e lo studio citologico del liquido cefalo rachidiano.

1. *Istopatologia.* — L'esame istologico non costituisce in realtà un metodo nuovo di diagnosi della natura sifilitica di una lesione. Ma, siccome in questi ultimi anni allo studio istopatologico della sifilide sono stati apportati fatti

nuovi ed assai importanti per le loro conseguenze, è necessario discutere il valore diagnostico degli esami istologici.

In presenza di lesioni cutanee, sottocutanee o mucose di natura dubbia, per stabilire una diagnosi o alle volte solo per confermarla, è indicazione indiscussa fare una biopsia. Si resta incerti quasi sempre nel decidere se la lesione si debba attribuire alla tubercolosi o alla sifilide. Così è mediante la constatazione o l'assenza di formazioni tubercoloidi, di follicoli di Koster, di cellule giganti, di cellule epitelioidi ammesse come specifiche della tubercolosi, che si elimina o si dà per certa l'infezione sifilitica. Questo infatti è il solo criterio che giovi in un grande numero di casi, nelle lesioni di origine dubbia giudicate come tubercoli cutanei o mucosi. Non solamente manca ogni altro metodo di ricerca sicura della natura tubercolare (ricerca del bacillo di Koch e inoculazione positiva), ma ancora si segnala con meraviglia la guarigione di tali lesioni mediante il trattamento mercuriale o jodico.

La constatazione istologica di produzioni tubercoloidi, cellule epitelioidi, cellule giganti, follicoli di Koster, è stata da molto tempo e per opera di parecchi autori messa in rilievo nelle lesioni di natura sifilitica indiscutibile. Ma era solo a titolo di eccezione: i lavori di Nicolas e Favre hano dimostrato l'importanza capitale che meritano questi fatti non più rari ma costanti o presso a poco costanti. Dalle loro ricerche essi hanno potuto concludere che: « le « sifilidi terziarie nodulari, cutanee, sottocutanee « o mucose ulcerate o no, come pure le sifilidi « gommose della pelle e delle mucose presentano « quasi costantemente cellule giganti tipiche, « cellule epitelioidi mono o pluri nucleate e fol« licoli che si assomigliano in tutto a quelli di « Koster, ai noduli di Friedlander, e composte « da una o parecchie cellule giganti circondate « da una doppia corona di cellule epitelioidi « e cellule linfoidi ». Perciò nessuna differenziazione può essere fatta fra le produzioni di origine tubercolare e quelle di origine sifilitica.

Nella sifilide secondaria a tipo nodulare si possono incontrare formazioni tubercoloidi per quanto sieno meno nette, meno tipiche, meno frequenti. È stato pure descritto qualche volta un ammasso di cellule giganti nell'ulcera primitiva.

« Queste formazioni tubercoloidi non sono da « altra parte maggiormente specifiche nella si« filide che nella tubercolosi e neppure nelle al« tre malattie nelle quali se ne può constatare « la presenza. Sono solo formazioni istologiche « che ogni processo infiammatorio può determi« nare purchè abbia una tendenza distruttrice « ed una marcia lenta ». (Nicolas).

Perciò in mancanza del criterio istologico solo l'inoculazione positiva o la tubercolizzazione del corvo oppure la guarigione completa col trattamento mercuriale o jodico potranno apportare argomenti definitivi in favore della tubercolosi o della sifilide. Non si potrà tener calcolo neppure dei risultati più positivi dei diversi metodi di diagnosi della natura bacillare. Particolarmente le reazioni locali alla tubercolina non hanno un'importanza decisiva.

Diversi autori, e particolarmente Bonnet, Arloing, hanno segnalato oftalmo reazioni positive nei sifilitici secondari ed anche nei terziari. Altri, fra i quali Favre e Charlet hanno ottenuto di recente risultati positivi con la cutireazione, con l'intradermo-reazione ed anche colla sottocutireazione mediante la tubercolina ugualmente netti e ugualmente numerosi nei sifilitici primari, secondari, terziari, quaternari ed ereditari, e nei tubecolosi.

Perciò concludendo l'esame istologico non può dare alcuna certezza sulla natura sifilitica di una lesione.

2. *Puntura lombare. Citologia del liquido cefalo-rachidiano.* — In seguito a numerosi studi citologici del liquido cefalo rachidiano nei sifilitici, con o senza lesioni nervose, è stato proposto da Ravaut e da altri la puntura lombare come metodo di diagnosi capace di confermare la natura sifilitica di malattie nervose in evoluzione, di scoprirle allo stato lantente, di controllare l'azione della cura nel periodo secondario. La puntura lombare, le ricerche citologiche sono oggigiorno usate correntemente in clinica, di modo che non si può dire che la tecnica sia difficile. Ma il metodo ha realmente nei suoi risultati un valore clinico indiscusso?

Nel periodo secondario esiste una reazione meningea normale, per lo più linfocitaria. Secondo Ravaut, Boidin e Weill, è un vero segno obbiettivo che può esistere all'infuori di ogni manifestazione cutanea o mucosa.

Questa reazione può essere molto precoce (Widal), durante tutto il periodo secondario e osservarsi 18 mesi, due anni e più dopo l'ulcera primitiva. La linfocitosi è benignamente influenzata dal trattamento mercuriale: così diversi autori nella puntura lombare hanno voluto trovare la guida razionale del trattamento mercuriale, la scomparsa della reazione meningea confermante la guarigione (Duhot, Jeanselme e Barbé). In realtà questa reazione meningea non può far formulare da sola una diagnosi di sifilide. Non è del tutto specifica nè nella sua esistenza, nè nella sua formula. Essa può ritrovarsi nel corso di infezioni, o di intossicazioni croniche

ed anche in malattie non nervose. Essa è stata sopratutto ritrovata nei bambini durante eritemi della natura la più svariata.

Nel periodo terziario la reazione meningea non è più costante ma esiste presso a poco sempre nel corso della sifilide nervosa sia che assuma una forma che colpisce le arterie sia una forma che attacca le meningi o che assuma la forma di una parasifilide. Piuttosto la reazione citologica del liquido cefalo-rachidiano presa di per se stessa in un sifilitico anziano potrebbe essere l'indice di una sifilide nervosa latente (Ravaut, Jeanselme, Mantoux, Beletre, Roux, Ninot). Ma il metodo in questo caso è passibile ancor più di critica che negli altri che abbiamo ricordato. Questa reazione non è per nulla specifica e per ciò non può con certezza far formulare una diagnosi di sifilide.

Le stesse conclusioni si devono applicare per quanto riguarda la sifilide ereditaria. Così se la puntura lombare può permettere in certi casi di sospettare la natura sifilitica di alcuni accidenti nervosi in evoluzione o latenti, essa non può mai permettere di affermarla in modo preciso. Perciò essa non può avere un gran valore clinico pratico.

IV. — *Intradermo-reazione alla sifilina.*

Questo è un metodo nuovo ancora poco sperimentato. I risultati che hanno ottenuto gli autori che si sono occupati dell'argomento (Nicolas, Favre, Gautier e Charlet) sono poco numerosi. Tuttavia non mancano davvero di interesse.

Per analogia colla tubercolina ed in mancanza di colture di treponema pallido che, come è noto, non è possibile ottenere, Nicolas e Moutot hanno preparato una « sifilina », ossia un estratto glicerico e concentrato e riscaldato a 120° (per ciò inoffensivo) di fegato di feto eredo-sifilitico riconosciuto da Levaditi ricco di treponemi.

Colla sifilina sono state fatte intradermoreazioni e cutireazioni secondo i processi descritti da Mantoux e da von Pirket in 29 sifilitici, 2 sifilitici con manifestazioni cliniche primarie, 20 in pieno periodo secondario, 5 con accidenti terziari, 1 nel periodo quaternario, glossite terziaria con leucoplasia linguale, 1 probabile sifilitico ereditario, ed in 9 controlli che non presentavano nè mai avevano presentato segni di sifilide e che tutto induceva a crederli immuni.

Ecco i risultati ottenuti:

Cutireazione. — Con questo processo i risultati sono stati presso a poco negativi o dubbiosi, o incerti. Anche Jadassohn, molto tempo innanzi, aveva ottenuto una cutireazione positiva solo in un caso di sifilide maligna.

Intradermoreazione. — I risultati sono interessantissimi. Nei 29 sifilitici ben 13 intradermoreazioni sono state positive (arrossamento ed infiltrazione con vere nodosità); 4 leggermente positive (arrossamento e leggera infiltrazione); 5 incerte; 7 negative. È degno di nota il fatto che la reazione è stata positivissima nei 5 terziari e nel quaternario, leggermente positiva in un caso, negativa nell'altro nei due primari.

Nei 9 controlli l'intradermoreazione e la cutireazione sono state assolutamente negative, salvo in un giovane blenorragico di 7 anni nel quale è stata assai debole ed incerta.

Per queste intradermoreazioni la sifilina è stata diluita alla metà o al terzo in soluzione fisiologica al 0.70 %. Non è stato tenuto conto che delle reazioni tardive apparse dopo l'ottava fino alla quarantottesima ora e non delle reazioni a tipo eritematoso o orticario sopravvenienti immediatamente dopo l'inoculazione della sifilina e che poi scompaiono in capo a 4-5 ore e che non sono altro che reazioni precoci che si verificano in tutti i soggetti sia che sieno affetti da sifilide sia che servano solo di controllo e che dalla sifilide sieno immuni.

Qual'è il valore pratico di questo metodo? Per i pochi esperimenti fatti e per lo scarso numero di lavori pubblicati in proposito certo oggi non si può fare una critica esatta. Ma se i risultati che sopra abbiamo riportato ottengono una conferma e se l'intradermoreazione alla sifilina è veramente caratteristica nei soggetti affetti da sifilide, se essa si mostrerà costante o quasi costante nelle lesioni sifilitiche in evoluzione o latenti, certo potrà dirsi un metodo pratico, alla portata di ogni medico ed applicabile in tutti i casi dubbiosi ed incerti e nei casi di diagnosi difficile.

Recentemente Nicolas e Moutot hanno ottenuto risultati perfettamente concordanti con quelli ottenuti mediante la reazione di Wassermann.

V. — *Sierodiagnosi.*

Per la diagnosi della sifilide sono stati applicati i diversi metodi usati di solito nelle ricerche diagnostiche di numerose malattie infettive, come il tifo, la tubercolosi, ecc.: metodi diretti batteriologici, sieroagglutinazione e batteriolisi; metodi indiretti biologici basati sul fenomeno della deviazione o della fissazione del complemento. Questi ultimi metodi sono andati sempre più semplificandosi fino a divenire prima metodi biochimici, poi chimici puri.

La *sieroagglutinazione* ha oggi perduto tutto il suo valore. Non si è riusciti ad ottenere culture di treponema. Il processo di Zabolotny (agglutinazione di una sierosità ricca di treponemi

per opera di un siero sifilitico) non può avere applicazione pratica: l'agglutinazione può infatti prodursi spontaneamente (Levaditi, Landsteiner, Mucha, Hoffmann).

Il fenomeno della «treponemolisi» non può più ormai costituire un metodo di qualche valore clinico nella diagnosi della sifilide.

È questa principalmente la ragione per cui le ricerche hanno seguìto metodi indiretti.

Non riporteremo qui e non esporremo il meccanismo dell'immunità, degli anticorpi di Ehrlich, dell'emolisi e la teoria della deviazione del complemento che costituisce la base della *Reazione di Wassermann;* così pure non ci addentreremo nei dettagli della tecnica della siero-reazione di Wassermann: usciremmo dai limiti che ci siamo imposti per questa modesta Rivista.

Ugualmente non faremo la critica della reazione di Wassermann per quanto riguarda la sua importanza clinica: recentemente si è occupato di tale argomento il Pontano ed ha pubblicato il lavoro in questo stesso giornale.

Tuttavia ci rivolgeremo questa domanda: la sieroreazione di Wassermann è un metodo di pratica corrente?

Noi crediamo di no. Infatti essa non può farsi che nei grandi laboratori ben forniti, avendo a disposizione centrifughe adatte, stufe regolabili, apparecchi speciali: inoltre occorre che chi fa la reazione abbia acquistato una pratica non comune ed una competenza speciale per evitare le multiple cause di errore che sorgono continuamente durante le varie manovre di esame.

È tanto vero quanto sopra or ora abbiamo esposto che sono state proposte alla sieroreazione di Wassermann parecchie modificazioni.

Il processo di Noguchi nel quale la semplificazione si riferisce al sistema emolitico ed alla possibilità di impiegare un antigene ed un ambocettore preparati antecedentemente.

Il sistema emolitico scelto è antiumano: coniglio-uomo. È più facile avere sottomano delle emazie umane. Questo sistema emolitico scarterebbe qualche causa di errore che si rinviene in quello coniglio-montone: la presenza di ambocettore anti-montone impedirebbe, in determinati casi, di svelare l'anticorpo sifilitico. Tuttavia anche in questo metodo si ha la stessa complessità di operazioni che si ha nel Wassermann. Praticamente il vantaggio sarebbe soprattutto la possibilità della preparazione dei fogli imbevuti di antigene (estratto alcoolico di fegato di feto eredo-sifilitico) e dell'ambocettore (siero inattivato, coniglio-uomo) La reazione diventerebbe facile per una grande quantità di medici: i fogli antigeni ed ambocettori titolati sarebbero preparati nei grandi laboratori. Per la reazione non mancherebbe altro che il complemento (siero recente di corvo) e globuli umani (che all'occorrenza potrebbero servire anche quelli dello stesso malato) non difficili a procurarsi.

Secondo alcuni autori, fra i quali ricorderemo Joltrain e Gastou il metodo di cui fin qui abbiamo parlato sarebbe anche superiore a quello del Wassermann: ma secondo altri autori i fogli non avrebbero tutti la stessa attività e non sempre i risultati ottenuti sarebbero i medesimi di quelli ottenuti colla Wassermann.

Il *processo di Bauer-Foix* sopprime l'ambocettore speciale coniglio-montone e lo rimpiazza con siero umano normale inattivato chè conterrebbe emolisine naturali per le emazie del montone (Bauer) e per quelle del coniglio (Foix).

Se il metodo è semplificato esso è però anche meno sicuro e rende necessario una reazione di controllo. Infatti il processo è assolutamente privo di valore nei casi ancora frequenti (come pare) nei quali il siero umano normalmente non emolizza le emàzie del montone o del coniglio.

Il *processo di Tschernogubow* è quasi simile a quello di Wassermann ma è soppresso il complemento speciale (siero di corvo) affidato nella reazione al siero da esaminarsi non inattivato. Ma poichè il complemento perde rapidamente le sue proprietà questo processo esige che il siero da esaminarsi sia freschissimo.

Il *processo di Hecht* è una combinazione dei processi di Bauer e di Tschernogubow. Il siero da esaminarsi deve fornire nello stesso tempo il complemento e l'ambocettore del sistema emolitico: consistente nelle emazie di montone. Questo processo è dunque passibile delle stesse obiezioni del processo precedente. Inoltre si allontana completamente dal Wassermann in quanto che l'antigene non è più specifico (fegato di eredo-sifilitico), ma è un estratto alcoolico di cuore di corvo (Hecht), o di cuore umano (Sabrazes, e Eckenstein).

Il *processo di Bauer, Tschernogubow, Hecht, Latapie* è una combinazione di tre dei processi precedenti: complemento ed ambocettore sono affidati al siero da esaminarsi senza che sia inattivato: le emazie sono quelle del montone: ma l'antigene è un antigene vero, estratto di fegato sifilitico.

La reazione della siero-diagnosi della sifilide così semplificata sarebbe veramente rapida e la sua tecnica sarebbe assai poco complicata, ma fino ad oggi i risultati ottenuti sono molto lontani dal dare un valore pratico a questo processo. Le reazioni di confronto che sono state fatte con metodo di Wassermann hanno mostrato che il processo ora citato è assai incostante e molto inferiore agli altri.

La siero-reazione di Wassermann e i processi che ne derivano, ad eccezione di quello di Tschernogubow presentano lo stesso punto comune di basarsi su di un sistema sifilitico supposto definito, batteriolitico: l'antigene è il treponema che svilupperebbe nel siero degli individui sifilizzati il suo anticorpo specifico.

Quale sarebbe il valore teorico di questa ipotesi? Possiamo invocarla in favore del suo valore clinico?

In realtà questa concezione troppo semplice è falsa dal punto di vista teorico. Infatti nello studio pratico dei processi di semplificazione si è visto che l'antigene batteriolitico specifico (tessuto sifilitico ricco di treponemi) non è necessario per la reazione. Alcuni tessuti normali possono agire nello stesso modo, come per esempio il fegato normale (Levaditi e Marie) il fegato del corvo (Landsteiner, Muller, Poetzl, Hecht). Oltre a ciò siccome lo studio degli estratti di questi organi ha dimostrato che la sostanza attiva era solubile nell'alcool e si avvicinava ai lipoidi, alle lecitine, ai sali biliari (Forges e Weill, Levaditi e Yamanouchi) si è voluto provare a utilizzare in luogo dell'antigene queste sostanze e la reazione ha avuto luogo ugualmente.

Risulta dunque da questi fatti che la reazione di Wassermann non risente l'azione dell'antigene e degli anticorpi così come la concepiva Erlich, ma risente fenomeni di precipitazione e di reazione fisico-chimica. Al sistema batteriolitico vero bisognerebbe dunque sostituire un sistema colloidale. Gli estratti d'organi, sieno normali o sifilitici, le soluzioni di sostanze precipitate, il siero da esaminarsi in realtà non sono che soluzioni colloidali.

Questo stato colloidale dei lipoidi dell'organismo e degli umori patologici è stato dimostrato da studi recenti. Se tutto avviene così come era stato concepito da Erlich si è che in realtà esiste un sistema colloidale che possiede le stesse proprietà del sistema antigene degli anticorpi. Esiste una reazione specifica da colloide a colloide corrispondente alla fissazione del complemento al momento della precipitazione. Ma questa tuttavia non ha bisogno del complemento per farsi allorchè sono in presenza due colloidi corrispondenti. E allora una semplice reazione fisico-chimica può darsi dipendente dal segno elettrico contrario di due ordini di colloidi.

Perciò « conviene ammettere che sotto l'influenza dell'infezione sifilitica il siero sanguigno subisce qualche cambiamento di costituzione che lo rende facilmente precipitabile da parte dei lipoidi e di altre sostanze colloidali chimicamente assai bene definite » (Levaditi).

Qualche ricerca intrapresa da Levaditi e Yamanouchi da una parte e da Klausner, Landsteiner e Muller, Elias, Neubauer, Porges e Salmon dall'altra, sembra provare che questa precipitabilità esagerata del siero dei sifilitici dipende dallo stato colloidale in cui si trovano i lipoidi e le globuline contenute in quel siero.

Ritroveremo la prova di ciò nei metodi seguenti. Se i primi sono basati ancora sulla deviazione del complemento, e sono metodi biochimici, gli altri sono basati sulla precipitazione: e sono perciò metodi chimici puri.

I metodi biochimici sono semplificazione del metodo di Wassermann in cui l'antigene vero sifilitico è soppresso e rimpiazzato da un reattivo chimico, cioè da una soluzione di glicocolato e di taurocolato di sodio nel processo di Levaditi e Yamanouchi; da oleato di sodio e da lecitina in quello di Sachs e Rondoni. Ma Pasini con ricerche comparative ha dimostrato che tale sostituzione levava un grande valore intrinseco alla reazione di Wassermann.

I metodi chimici sono proposti come i metodi più semplici e più pratici: essi sopprimono il reattivo emolitico e si basano solo sulla precipitazione di una reazione colorante.

Fornet e Cherekewsky ammettono che il siero di un sifilitico in evoluzione non soggetto ad alcuna cura contiene precipitine suscettibili di dare un precipitato con altri sieri sifilitici, specialmente con quelli dei paralitici progressivi. Un anello biancastro tra i due liquidi dimostrerebbe la reazione positiva. Il processo è semplice ma non ha grande valore: è solo positivo nel 30 % delle reazioni positive di Wassermann ed è anche positivo nel 18 % di individui apparentemente normali (Plaut, Henck e Rossi, Muller e Pasini).

Il processo di Jacobsthal è identico, ma in esso è un estratto alcoolico titolato di fegato eredosifilitico che è messo in presenza del siero da esaminarsi inattivato. La precipitazione deve essere ricercata all'ultra microscopio. Il processo è delicato. Mancano lavori in base ai quali si possa giudicare il valore di questo processo.

Il processo di Klausner utilizza la precipitazione del siero da esaminarsi nell'acqua distillata. È positivo nel 37 % dei casi in cui è positivo il Wassermann; ma è anche positivo nel 58 % dei casi di individui normali (Nobl e Artz, Fritz, Klausner stesso, ecc.).

Il processo di Porges e Meier ricerca la precipitazione in un'emulsione di lecitina. Questo processo è stato modificato da Porges stesso per l'impiego di una soluzione di glicocolato di sodio all'uno per cento nell'acqua distillata, preparazione più stabile che quella della lecitina. Si mescolano 0.2 cmc. di soluzione di glico-

colato con 0.2 cmc. di siero sospetto inattivato in un piccolo tubo largo da 6 a 7 mm., si lascia riposare da 16 a 20 ore alla temperatura del laboratorio. I sieri sifilitici si manifestano con un precipitato visibile sopratutto al di sopra della superficie del miscuglio. Questo processo di Porges è stato presentato come il tipo della sieroreazione sifilitica semplice, pratica, facile ad essere fatta da tutti i medici: ma disgraziatamente essa non ha una certezza neppure approssimativa alla verità; infatti essa non è positiva che nel 45 % dei casi in cui è positivo il Wassermann ed è positiva anche nel 18 % dei casi di individui sani.

Il processo chimico di Noguchi si basa sulla reazione dell'acido butirrico sul liquido cefalo-rachidiano. Un precipitato indica la natura sifilitica e parasifilitica del liquido cefalo-rachidiano. Gli autori a mezzo di reazioni di controllo parallele, avrebbero ottenuto risultati superiori a quelli che si ottengono con la reazione del Wassermann e con l'esame citologico: il 90 % nella sifilide ereditaria ed il 100 % nella sifilide cerebro-midollare. Nella tabe questa reazione sarebbe specifica. Così gli autori non esitano a concludere che la reazione con l'acido butirrico offre un mezzo facile di distinguere il liquido cefalo-rachidiano normale da quello che è sifilitico e che, nella pratica clinica ordinaria, questo processo può togliere tutti i dubbi diagnostici.

Però difettano i lavori di controllo.

I precipitati con l'alcool, col fenolo, con l'acido salicilico non hanno dato che risultati assai incerti.

Il processo di Schurmann è basato su di una reazione colorante: su di un siero che si deve esaminare si aggiunge dell'acqua ossigenata, poi una soluzione di cloruro di ferro fenicato; una colorazione scura carica indicherebbe il siero sifilitico.

La reazione è semplice ma disgraziatamente non ha alcun valore (Symanscki, Hirschschruch e Gardiewski, Meirowsky).

Dopo questa lunga rivista dei differenti processi di siero diagnosi della siflide possiamo dire che *solo il processo di Wassermann può essere utilizzato praticamente*. Il Noguchi biologico darebbe anche buoni risultati ma esso non è molto più semplice del Wassermann. In quanto al Noguchi chimico esso è assai semplice ma bisogna che molti lavori e molti esperimenti ne giudichino il valore. Gli altri metodi chimici anche il metodo di Porges tra essi, allo stato attuale devono essere ritenuti per metodi di nessun valore per la siero-diagnosi della sifilide: i loro risultati positivi sono molto lontani dall'essere costanti nei sifilitici manifesti, esistono inoltre in individui normali e non sono concordi con gli altri metodi.

Benchè la reazione di Wassermann abbia una grande importanza nello scoprire una sifilide latente o poco nota, in pratica non bisogna dimenticare che quando essa non è positiva non si ha un segno certo che la sifilide in quel caso non esista. Perciò benchè la siero-reazione di Wassermann conservi un gran valore clinico non deve essere considerata come un metodo di certezza assoluta.

CONCLUSIONI.

La critica dei differenti metodi di diagnosi della sifilide ci ha dimostrato che il valore clinico e pratico è diverso a seconda dei diversi metodi.

Il metodo più semplice, il più sicuro, quello che dà quasi sempre dei risultati infallibili è la ricerca del treponema. Disgraziatamente esso non è applicabile che nei casi di sifilide recente con lesioni ben manifeste. La siero reazione di Wassermann presenta il solo inconveniente della complessità della sua tecnica. Poichè i suoi risultati risentono troppo la delicatezza delle varie manovre e sono influenzati dalla maggiore o minore abilità dell'esaminatore essa non potrà entrare nella pratica ordinaria e dovrà rimanere confinata nei grandi laboratori dove certamente gli esaminatori adatti allo scopo e pratici possono far sì che i risultati di questa siero reazione siano quasi assolutamente specifici.

Per le lesioni cutanee o mucose, primarie o secondarie, la ricerca del treponema, specialmente con l'ultra microscopio, è il processo che si deve scegliere. Nei casi negativi conviene praticare un'inoculazione e fare la siero-diagnosi del Wassermann. Non bisogna dimenticare però che nel caso di un'ulcera primitiva la reazione del Wassermann può essere anche negativa.

Nei periodi di latenza, nelle lesioni terziarie conviene sempre fare la Wassermann. Se collo esame istologico si constatano lesioni o formazioni tubercoloidi, anche se tipiche non si può escludere la sifilide anche se l'intradermoreazione alla tubercolina è stata positiva.

Nei casi di sifilide ereditaria senza manifestazioni e nelle manifestazioni para-sifilitiche, sopratutto se nervose, bisogna sempre fare la reazione di Wassermann. L'avvenire ci dirà quale valore abbia il Noguchi chimico per gli esami del liquido cefalo-rachidiano.

Attualmente mediante la Wassermann non si può dare un giudizio sicuro e preciso riguardo a questioni di profilassi, di matrimonio, di guarigione della sifilide.

Forse l'intradermoreazione alla sifilina, assai semplice e molto pratica ed alla portata di tutti

potrà dare un risultato quasi uguale a quello della siero reazione di Wassermann.

Infine qualunque metodo venga adoperato non bisogna dimenticare che il risultato negativo non autorizza assolutamente a negare in quel caso la presenza di una infezione sifilitica.

PRINCIPALI AUTORI CONSULTATI.

1. NICOLAS, FAVRE et ANDRÉ. *Syphilis et spirochoetae pallida de Schaudinn et Hoffmann.* Lyon médical, 1-X, 1905.
2. MILIAN. *L'ultra-microscope et le diagnostic de la syphilis.* Progrès médical, 30 janvier 1909.
3. LEVADITI. Annales de Derm. et syph., nn. 3 e seg., 1909.
4. ARNING, KLEIN. Deutsch. Mediz. Woch., 1907.
5. CHIRVINO. *Il treponema nelle manifestazioni della sifilide terziaria.* Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle, 1909, fasc. I.
6. LÉVY-BING e LAFFONT. *Syphilis expérimentale.* Ann. des Mal. vénér., 1909.
7. NICOLAS et FAVRE. *Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées.* Ann. des Mal. vénér., 1907.
8. NICOLAS et FAVRE. *Cellules géantes et follicules syphilitiques dans les syphilides tertiaires cutanées et muqueuses.* Province médicale, 21 décembre 1907.
9. NICOLAS. *Follicule de Koster et formations histologiques tubercoloides dans la syphilis.* Lyon, 1910.
10. BONNET. Lyon médical, 1908.
11. NICOLAS, FAVRE, GAUTIER et CHARLET. Soc. de Biologie, 12 novembre, 1900.
12. JADASSOHN. Correspon. Blatt für Schweizer Aertze, 1905, n. 5.
13. WASSERMANN, NEISSER, BRUCK. Deutsch. Med. Wochenschr., 1906, n. 19.
14. HIGEDO NOGUCHI. Journal of experimental medicine, 1909.
15. CALMETTE. *Procédé de Noguchi.* Presse médicale, 31 marzo 1909.
16. TSCHERNOGUBOW. Berlin. Klin. Wochenschr., novembre 1908.
17. HECHT. Wien. Klinisc. Wochenschr., Bd. XXI.
18. PASINI. L'Ospedale Maggiore, n. 5, 1909.
19. PORGES. Wiener Klinis. Wochenschr., 1908.
20. NOGUCHI e MOORE. The Journ. of experim. med. 1909.
21. PURKHAUSER. Munch. Med. Wochenschr., numero 14.
22. ROMME. Presse méd., n. 35, 1909.
23. NICOLAS et MOUTOT. Le Journal Médical Français, n. 4, 1910.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La bilicultura nella febbre tifoide.

(CARNOT, WEILL-HALLÉ et DEPLAC. *Paris méd.*, 16 gennaio 1915).

I mezzi di laboratorio finora utilizzati per la diagnosi dell'infezione tifosa sono: l'agglutinazione, l'emocultura, la cultura delle feci. Il *metodo dell'agglutinazione,* che tanti servizi ha reso alla medicina e all'igiene non dà resultati nei primi giorni della malattia; inoltre il potere agglutinante del siero persiste anche quando la infezione è spenta e cessata è l'eliminazione di bacilli: il metodo quindi non è utilizzabile per una diagnosi precoce, nè può servire per sorvegliare l'eliminazione dei bacilli o per difendersi dai convalescenti portatori di germi.

L'*emocultura* è ottimo metodo d'accertamento precoce diagnostico; la cultura e l'identificazione del bacillo del tifo per mezzo di un siero agglutinante è facile e riesce frequentemente nel primo settenario della malattia.

Ben presto però lo stato setticoemico cessa e il metodo, prezioso per la giagnosi precoce, diviene inutile, per la maggior parte dei casi, negli stadi successivi o, cessata la malattia, per scoprirne la causa e per svelare un eventuale portatore in un convalescente.

L'*esame delle feci* è metodo ottimo che teoricamente corrisponde per scoprire i bacilli tifici eliminati; ma la tecnica della ricerca è assai delicata e deve essere affidata ad un provetto bacteriologo.

Gli AA. hanno introdotto un nuovo metodo di ricerca, che, se pure in sè non concentra tutti i vantaggi, si dimostra ottimo sia per una diagnosi relativamente precoce, sia per seguire da vicino l'eliminazione dei bacilli nel tifoso e nel convalescente.

Il metodo che gli AA. chiamano della *bilicultura* utilizza la bile del malato per isolare ed identificare il bacillo di Eberth eventualmente esistente.

È noto che ad una fase setticoemica dell'infezione ebertiana segue un periodo di eliminazione bacillare, e che una delle preferite è la via biliare; ora, sia che con un agente qualsiasi si provochi il rigurgito della bile nello stomaco e da esso si aspiri con una sonda gastrica, sia che con una sonda duodenale si prelevi la bile dal duodeno stesso, riesce facile, se il bacillo del tifo esiste nella bile secreta e prelevata, coltivarlo ed identificarlo.

Per lo scopo accennato gli AA. si valgono di due espedienti: *a*) si fanno ingerire al malato 50-150 gr. di olio d'ulivo sterile, l'ingestione dell'olio provoca (Boldyreff) un rigurgito pilorico di bile, di succo pancreatico, di succo duodenale: dopo 45 minuti si estrae il contenuto gastrico con una sonda e si lascia sedimentare; l'olio e il muco vengono a galla; si pipetta dal fondo del tubo il liquido colorato dalla bile, e si allestiscono culture in terreni opportuni (specialmente in bile di bue sterile).

Se il liquido che si estrae non è colorato dalla bile, basterà agitare la sonda e provocare qualche conato per ottenere il rigurgito dall'intestino; se, a malgrado di tale manovra, il succo è sempre scolorato, si seminerà lo stesso, poichè il più delle volte esso conterrà i bacilli del tifo.

Dopo 24 ore di termostato si trapianta la bile di bue in brodo, e, se il bacillo del tifo esiste, si otterrà una cultura quasi pura.

Per mezzo dell'agglutinazione con un siero di malato o con un siero di animale immunizzato, si identifica facilmente il germe.

Il secondo espediente usato è quello della *sonda duodenale,* di 3 mm. di diametro é d'un metro di lunghezza, alla cui estremità è introdotto un tubicino di vetro aperto alle due estremità, protetto dalla sonda stessa fino all'orifizio terminale.

L'ammalato ingoia la sonda per 80 cm. circa, rimangono al di fuori 20 cm, che si fissano al di sopra del padiglione dell'orecchio. Dopo 3 ore circa l'estremità della sonda ha attraversato di ordinario il piloro ed è penetrata nel duodeno, si aspira e si ritira un liquido quasi intieramente costituito da bile. Tale liquido messo direttamente in termostato, dà una cultura pura di bacilli tifici, facilmente agglutinabili con siero specifico. La bile così raccolta non si putrefà, e non contiene almeno nelle prime ventiquattro ore, che un piccolo numero di germi.

*
* *

Gli AA. hanno potuto così raccogliere i resultati, ottenuti con la bilicultura, nei varî stadî del tifo.

Nell'*inizio dell'infezione tifosa* la bilicultura riesce negativa, mentre positiva è al contrario l'emocultura. Poi diviene positiva le bilicultura e diviene negativa l'emocultura. Spesso i due periodi s'incontrano in uno o due giorni in cui emo e bilicultura sono entrambi positivi. In alcuni casi per qualche tempo l'emocultura continua ad essere positiva, quando già, con la bilicultura riesce facile l'isolamento del bacillo di Eberth.

Durante l'evoluzione della malattia, la bilicultura rimane positiva, ma anche quando la febbre è scomparsa può essere dimostrabile col metodo l'eliminazione dei bacilli con la bile.

Durante la convalescenza la bilicultura è ottimo metodo per sorvegliare i portatori di germi.

In alcuni casi l'eliminazione biliare incomincia presto e finisce presto; sono i casi clinicamente più favorevoli.

In un secondo gruppo l'eliminazione dei bacilli per la bile si prolunga dopo la scomparsa dei segni clinici (30°-70° giorno).

In un terzo gruppo la bile si dimostra inqui nata dal bacillo del tifo per lunghissimo periodo (100° giorno).

La cessazione dell'eliminazione talora è brusca, talora è intermittente.

Gli AA. nel rilevare i pregi per la clinica e per l'igiene de nuovo metodo, pensano che il medico nei resultati dell'emo e della bilicultura abbia un mezzo di prognosi; essi hanno trovato infatti che la brevità della fase setticoemica e la precocità della fase d'eliminazione biliare corrispondono a tipi benigni della infezione; quando cioè l'emocultura precocemente è negativa e la bilicultura è precocemente positiva la malattia ha decorso favorevole; hanno trovato invece la emocultura persistentemente per lungo tempo positiva in casi a decorso piuttosto grave.

T. PONTANO.

CHIRURGIA.

Sulla chirurgia della milza.

(B. K. FINKELSTEIN. *The Brit. Journal of Surgery,* luglio 1914).

L'A. ha avuto occasione di eseguire dal 1903 al 1913 sessantasei interventi per malattia splenica: nel riferire su di essi riunisce qua e là dalla letteratura casi analoghi.

Le *affezioni traumatiche* sono state ampiamente considerate nella letteratura chirurgica; il loro trattamento è evidente per sè stesso. I casi dell'A. dovuti a ferite furono sei: in due praticò la splenectomia, in tre la sutura, in uno una semplice laparatomia: ebbe in tre la guarigione e in tre la morte. In una statistica riferita da Michelson si trova il 19.49 % di mortalità nelle ferite da arma bianca, il 48.2 % nelle ferite d'arma da fuoco. Quanto alla scelta dell'intervento è da notare che la tecnica recente ha immaginato un nuovo metodo di arrestare con buon risultato l'emorragia, e cioè di inserire un lembo di epiploon libero sulla ferita. La splenectomia sarà eseguita naturalmente solo quando l'organo sia gravemente lacerato: il metodo ordinario deve essere la sutura o il tamponamento.

La letteratura che si riferisce alla *rottura* della milza è oggi assai abbondante. Michelson ne raccolse 298 casi con una mortalità del 33.2 %; anche in un precedente articolo pubblicato dall'A. cinque anni or sono la mortalità in 191 pazienti figurava per il 39.8 %: negli ultimi cinque anni invece su 83 casi essa ha dato il 19.3 per cento. Oltre a questo abbassamento della cifra di mortalità è da notare che si trova oggi un maggior numero di interventi nella cosidetta rottura spontanea della milza: nel 1909 l'A. ne aveva riscontrato solo 2 casi: questi sono ora giunti a 11: in 1 caso tubercolosi, in 3 malaria, in 1 tifoide e in 4 la causa non si è potuta precisare. Solo in 3 casi si ebbe la guarigione.

Il più delle volte nella rottura della milza questa deve essere asportata: eccezionalmente (rottura lieve e superficiale) può bastare la sutura o il tamponamento. Kirschner indicò come mezzo per frenare l'emorragia di una milza rotta, l'avviluppamento dell'organo con una aponeurosi: il che ci lascia sperare che in avvenire saremo in grado non solo di diminuire la mortalità, ma anche di conservare l'organo.

Grandi progressi si sono avuti nel trattamento degli *ascessi*. Nei dati raccolti dall'A. nel 1909 egli constatò 13 morti su 55 pazienti; da allora ha potuto riunire altri 14 casi (uno personale) tutti seguìti da guarigione evidentemente dovuta a una diagnosi adeguata e a un intervento in tempo opportuno.

Ottimi risultati anche si ottengono nel trattamento delle *cisti di echinococco*. Dal 1905 al 1908 l'operazione ordinaria in uno o due tempi non dette alcun caso di morte. Su una statistica totale di 46 casi si ebbero 8 morti dopo la splenectomia: questa è indicata solo quando vi sia una distruzione estesa dell'organo, le cisti siano numerose, la milza sia spostata, il suo pendunculo torto.

L'A. ha raccolto dalla letteratura 78 casi di *cisti non parassitaria*: la morte si ebbe in 7, in circa la metà dei casi fu necessaria la splenectomia (per il numero delle cisti, per la quantità di tessuto splenico distrutto).

La statistica è scarsa per quel che si riferisce ai *tumori*: l'A. ne ha raccolti 35 casi: in 2 fu asportato il tumore, in 33 fu praticata la splenectomia seguìtà da morte in 7 casi: ma disgraziatamente il più delle volte la morte avviene poi dopo qualche mese per recidiva o metastasi (si tratta per lo più di sarcomi). La milza affetta da neoplasmi è assai predisposta alla rottura.

Il trattamento operatorio è stato largamente applicato nella cosidetta *milza migrante* o *spostata*. Nelle pubblicazioni recenti si trova solo un caso di splenopessi: il più delle volte fu eseguita la splenectomia. Trattandosi di solito di multipare ad addome flaccido, la milza fu spesso trovata aderente agli organi sessuali, e talvolta scambiata per un tumore di questi; altre volte fu diagnosticata come rene caduto. Frequente e pericolosa è la complicazione di peritonite e di ostruzione intestinale. Il trattamento operatorio in genere dà buoni risultati, non presentando difficoltà pratiche. Tuttavia la percentuale di morte è alta: su 77 casi 13 morti, tre volte immediata per trombosi della polmonare.

Per quanto netta è l'indicazione operatoria nei casi finora considerati, altrettanto è indefinita e vaga in quelle malattie spleniche collegate a un'alterazione dello stato generale e accompagnate da gravi disordini del sistema sanguigno, digerente e del metabolismo. Il che risulta dalle nostre imperfette cognizioni sulla funzione della milza normale e patologica. Qualche luce si è potuta avere da recenti esperienze: p. es., Ascher ha dimostrato che la milza trattiene il ferro che l'organismo assorbe dagli alimenti; secondo Apolant l'ablazione della milza diminuisce la resistenza organica all'inoculazione di tumori; secondo Quarto gli animali splenectomizzati non sono più in grado di assimilare alcuna specie di zuccheri, facoltà che invece si accentua con l'iniezione di un estratto splenico; Pugliese trovò, all'opposto di Ascher, che l'eliminazione del ferro negli animali diminuisce dopo la splenectomia; Bucalossi e Noguchi avrebbero riscontrato che la rimozione della milza non influisce sulle proprietà del sangue. Possiamo conchiudere che la funzione della milza non è chiara: e similmente non ci è dato conoscere con esattezza l'influenza della splenectomia in alcune malattie del sangue.

Le osservazioni cliniche a ogni modo dimostrano una notevole influenza della splenectomia in parecchie *malattie emolitiche*.

L'A. più competente in materia è Eppinger il quale constatò che la splenectomia indusse la guarigione della malattia fondamentale in 10 casi (2 di ittero emolitico, 3 di Banti, 2 di cirrosi ipertrofica, 2 di anemia perniciosa, 1 di ittero con fegato atrofico): il sangue divenne normale, l'urobilina decrebbe notevolmente. Eppinger ne concluse che in caso di emolisi progressiva la milza deve essere asportata (come è indicata la tiroidectomia nel morbo di Basedow). Anche Banti è della stessa opinione per quella speciale forma di « splenomegalia emolitica » nella quale la formazione di alcune tossine nella milza sarebbe la causa dell'ingrossamento dell'organo e delle alterazioni del sangue. Klemperer, Micheli, Hirschfeld, Exner, Monc e Brauer ed altri notarono pure guarigioni di simili malattie emolitiche dopo la splenectomia.

I risultati favorevoli della splenectomia nella cosidetta malattia di Banti sono ormai provati da una serie di osservazioni senza peraltro che si conosca la vera causa della malattia. Schwandin pensa che non v'è ragione di considerarla come una malattia a sè; Boiovski che in molti casi si tratta di infezione malarica: dello stesso parere sono l'A. dell'articolo ed Isaac; Stevenson, Rodman, Grützner ed altri identificano il morbo di Banti con l'anemia splenica: ma Nager e Baümlier, pur non negando la rassomiglianza fra le due forme rivendicano alla malattia di Banti la dignità di una lesione primaria della milza. L'incertezza è aumentata per il fatto che alcune alterazioni spleniche provocate da cause ben definite rassomigliano nettamente al Banti: così la splenomegalia descritta da Tansini e Morone e prodotta dalla trombosi delle vene spleniche.

Ma qualunque possa essere la discussione teorica sulla patologia di queste forme così complicate l'esperienza clinica dimostra indiscutibilmente che la splenectomia praticata in tempo può eventualmente condurre a guarigione sebbene il per cento di mortalità sia për questa operazione abbastanza alto: 18-20. Tuttavia Mayo in 18 casi di splenectomia in anemia splenica non ha perduto alcun paziente. Richards ha anche ottenuto ottimi risultati con la splenectomia in una speciale forma di malattia che egli descrive come « splenomegalia egiziana » e che è assai simile alla malattia di Banti. Va ricordato che nei casi gravi (3° stadio) della malattia di Banti la splenectomia è assolutamente controindicata.

Nella *malaria* prolungata in certi periodi della malattia si stabilisce una infezione analoga dell'organismo. La splenectomia non guarisce la febbre malarica: mal col rimuovere la milza pesante (dai 1800 ai 3000 gr.) non solo ristabiliamo delle relazioni normali fra gli organi addominali, non solo togliamo la causa di irregolarità meccaniche del circolo sanguigno, ma anche distruggiamo il focolaio infettivo. È vero che la mortalità è assai alta (34.7 % su 75 casi raccolti fra sei autori), ma ciò si deve al fatto che si tratta di pazienti per lo più di una classe lavoratrice vivente in cattive condizioni, saturati di germi malarici che devono ridurre al minimo : loro poteri di resistenza e i quali ricorrono al medico per lo più quando il tumore splenico è già di alto grado e le condizioni generali assai deperite. L'A. è pienamente d'accordo con Solieri, il quale pensa appunto che l'alta percentuale di morte debba attribuirsi non tanto a imperfezioni di tecnica quanto ad alterazioni degli organi interni.

L'operazione è controindicata quando esistano salde aderenze, la cui lacerazione può aver per risultato lo shock, l'emorragia, la gangrena degli organi vicini, l'infiammazione dei polmoni. Ma in caso di aderenze non solide, nè estese, in caso di non gravi alterazioni nel fegato e nei reni la splenectomia nonostante un grado di intensa anemia porta a una guarigione almeno apparente col ritorno delle forze, dell'appetito, con la scomparsa dell'anemia. Certo non basta per dire su ciò l'ultima parola l'esame del sangue: occorre una analisi completa del metabolismo. Delle nuove osservazioni a questo riguardo potranno probabilmente illuminarci sulla vera funzione della milza.

Passando infine all'ultimo gruppo di affezioni della milza, la *malaria con ascite,* è notevole anzitutto la sua somiglianza col terzo stadio del morbo di Banti. Si tratta di casi frequenti nei paesi malarici e che meritano attenzione a causa dell'incertezza dell'indicazione e dei risultati dell'intervento. L'ascite occupa il primo posto fra i sintomi ed esige ripetute evacuazioni. La splenectomia dà un'alta cifra di mortalità. Secondo l'esperienza dell'A. l'operazione sarebbe permessa in queste condizioni: emoglobina non minore di 30-40; emazie non meno di 2,000,000; mancanza di edemi; mancanza di infiammazione parenchimatosa dei reni e di grave degenerazione epatica.

Disgraziatamente per quest'ultima condizione che ha una importanza essenziale, noi non abbiamo mezzi diagnostici sicuri. D'altra parte se l'operazione è superata, l'ascite scompare interamente e lo stato generale nulla più lascia a desiderare: ciò l'A. ha visto in tre casi. Sicchè l'ablazione della grossa milza malarica porta in molti casi a una completa guarigione: con indicazioni più esatte, con una tecnica più perfetta l'operazione può perdere il suo carattere di gravezza.

La tecnica operatoria è semplicissima quando l'organo è mobile, assai difficile quando esso è fisso e aderente al diaframma. L'A. preferiva prima l'incisione rettangolare di Kocher; ora adopera quasi senza eccezione un taglio sul bordo esterno del retto o su questo muscolo fra il terzo esterno ed il medio: è facile una dissezione smussa del muscolo già assottigliato per le condizioni deperite del paziente e per l'iperdistensione addominale. In caso di strette aderenze è necessario sezionario le ultime cartilagini costali. Il polo inferiore può essere facilmente esteriorizzato; quindi mentre l'assistente divarica il bordo superiore della ferita, l'operatore, situato a destra del paziente, introduce la sua mano destra nello spazio diaframmatico sini-

stro e avanzando con movimenti delicati delle sue dita separa il polo superiore dal diaframma: è questo il momento più difficile dell'operazione: quelle aderenze che non si distaccano con una dissezione smussa saranno tagliate fra due legature. Si riesce in tal modo a tagliar fuori della cavità addominale e ad asportare la milza dopo aver accuratamente legato i vasi del peduncolo, il cui moncone sarà ricoperto con omento. Sutura a strati della ferita lasciando un tampone nella sua parte inferiore che si rimuoverà dopo 24-48 ore.

CONCLUSIONI.

1° L'operazione dà buoni risultati nelle ferite e nelle rotture della milza.

2° Risultati assai soddisfacenti si ottengono anche negl'interventi per echinococco e altre cisti non parassitarie.

3° La splenectomia nei tumori maligni dà un sollievo temporaneo, ma la maggior parte dei pazienti muore per recidiva.

4° L'operazione dà eccellenti risultati nella milza migrante.

5° La splenectomia spesso porta a guarigione completa in casi di febbre malarica protratta, anche con ascite.

SEBASTIANI.

MEDICINA DI GUERRA.

Per un particolare importante della preparazione sanitaria della guerra.

Tutti riconoscono la grande importanza, che assume in guerra la prima medicazione della ferita ed è ben noto per il decorso ulteriore della lesione quanto dipenda da essa la sorte definitiva del ferito.

Tutti gli studî sono concordi nell'affermare, che di fronte ai pericoli dell'infezione secondaria della ferita, la penetrazione dei germi, che si accompagna al trauma, deve passare in seconda linea e che in molti casi le ferite recenti e ben protette contro la penetrazione secondaria dei germi, si possono considerare come non infettate. È quindi necessario ottenere che la prima medicazione sia eseguita bene, sia fatta con materiale sterile e venga applicata precocemente.

Non staremo qui a ripetere le norme universalmente diffuse che si debbono seguire in questa medicazione affinchè essa sia efficace e nello stesso tempo non danneggi i tessuti, che debbono efficacemente lottare per la difesa dell'organismo contro l'infezione. Fortunatamente è già oltrepassato il periodo delle esagerazioni dannose ed è definitivamente abbandonato l'uso di inondare le ferite con tintura di iodio, con risultati non meno dannosi di quelli, che si ottenevano coi tanto deprecati lavaggi delle ferite con acido fenico o con sublimato. Vi è però un punto molto trascurato, che ha invece una importanza decisiva per l'efficacia della prima medicazione.

Si tratta della fissazione della medicazione alla ferita, in modo che quella non sfugga e l'occlusione di questa rimanga definitiva. È noto che il soldato è fornito del pacchetto di medicazione, che deve comprendere due blocchi di garza sterile, dei quali l'uno è fissato all'estremità della benda, l'altro è scorrevole su questa, in modo da poter essere portato sull'altro foro della ferita, qualunque sia la distanza che intercede tra i due fori (non occorre ricordare che nelle condizioni attuali della guerra circa il 90 % delle ferite riguarda lesioni d'arma da fuoco e che dato l'alto potere di penetrazione degli attuali proiettili, moltissime tra queste sono ferite da parte a parte).

I pacchetti di medicazione vengono fissati adunque colla benda. Tutti sappiamo quanto sia difficile fare un buon bendaggio e come anche un bendaggio ben fatto possa sfuggire e lasciare la ferita scoperta, se non viene sorvegliato e rinnovato spesso. Vediamo spesso che la medicazione sfugge anche se il ferito rimane fermo nel letto e se, data l'abbondanza di materiale di cui si gode in tempo di pace, anzichè una sola benda se ne applicano diverse, fissando il bendaggio alle sporgenze ossee vicine: così, p. es., perchè la medicazione della coscia non sfugga, la si fissa sul bacino ed alle spine iliache anteriori e superiori. In guerra per la scarsità del materiale non si possono sovrapporre varie bende e neppure appoggiare i bendaggi a punti fissi lontani. Non è a stupire quindi se dopo un trasporto disagiato vediamo giungere i feriti colla prima medicazione molto lontana dal punto sul quale fu applicata e colla ferita scoperta. Non si è dimostrata più efficace la pratica di evitare lo scorrimento del bendaggio con cerotti, i quali hanno l'inconveniente di staccarsi facilmente, di non aderire alla pelle umida, di irritare e spesso fare ulcerare la cute, cui aderiscono.

Da queste considerazioni balza fuori ben chiara la necessità di ricorrere a qualche espediente, che valga a mantenere fissa la medicazione sulla ferita. L'esperienza della guerra balcanica ha dimostrata l'utilità di un preparato, che va in commercio col nome di « mastisol ». Von Oettingen, sulla base della sua esperienza di tutte le più recenti campagne, è un caldo fautore di

questo mezzo, cui attribuisce un doppio scopo: in primo luogo spalmando la pelle intorno alla ferita con mastisol si avrebbe il vantaggio di fissare i germi alla pelle, impedendo ad essi di diventare superficiali e quindi di migrare nella ferita; in secondo luogo si fisserebbe la medicazione alla pelle, impedendone gli spostamenti. Il primo fatto non ha resistito alla critica e l'efficacia del mastisol come fissatore dei germi viene negata dalla generalità. Rimane invece indiscussa la sua importanza come mezzo fissatore della medicazione. Il Governo tedesco si è convinto della importanza di questo preparato e ne ha proibita l'esportazione, come pure quella dei suoi succedanei.

È necessario, finchè si è in tempo, provvedere e fornire le nostre formazioni sanitarie di prima linea di grandi quantità di qualche sostanza che possa sostituire il mastisol e serva a fissare sulla ferita la prima medicazione, occludendola efficacemente e definitivamente.

Il mastisol è essenzialmente costituito da resina di pino sciolta in cloroformio. Questo solvente ha però presentato qualche inconveniente per la sua azione irritante sulla pelle. Altri hanno consigliato la gomma Dammar sciolta nel benzolo (Dietrich), ma la scarsità e l'alto prezzo di questa sostanza ne raccomandano poco l'uso. Il preparato più adatto è il seguente, proposto da Fiessler e da Bossert:

Resina pin.	300.0
Etere	1000,0
Ol. lin.	10,0

Questo è il preparato più economico e meno irritante, quello che si è dimostrato a noi più pratico e che dovrebbe essere adottato: ogni soldato insieme al pacchetto di medicazione ed alla fialetta di tintura di iodio dovrebbe portare una piccola dose di questo prezioso mezzo di medicazione. Non si deve dimenticare inoltre che questi mezzi adesivi possono trovare un altro utile impiego insieme alla maglia tubolare (tricot), per l'applicazione della trazione a pesi.

Il segreto del successo in tutte le imprese, in special modo nelle imprese di guerra, è fondato spesso sulla preparazione minuziosa di tutti i più insignificanti particolari; anche nella preparazione sanitaria nulla deve essere trascurato che possa servire ad ottenere delle guarigioni rapide e complete. Oltre ad un movente umanitario, oggi che le campagne si prolungano oltre ogni previsione, a nessuno può sfuggire l'alto valore pratico di restituire rapidamente ai corpi dei combattenti completamente validi.

Dott. OTTORINO UFFREDUZZI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sindrome di Raynaud

per il dott. PIETRO TIMPANO.

Osservai nel corrente anno un caso di *morbo di Raynaud*, che, per la sua speciale importanza, merita di essere illustrato.

A... A..., di anni 14. Dal lato ereditario, sia in linea ascendente che collaterale, non si notano malattie degne di menzione. La madre ebbe un aborto, e nell'inverno soffrì varie volte di geloni.

La paziente da bambina contrasse il morbillo. A 11 anni fu colpita da malaria con complicanze intestinali, di cui guarì dopo una prolungata cura chininica ed arsenicale. Mestruò a 12 anni e le mestruazioni sono state sempre scarse, irregolari, dolorose. Da due anni soffre, nella stagione fredda, di geloni alle dita delle mani e dei piedi. Ai primi di aprile del corrente anno si manifestarono i seguenti sintomi: colorazione rosso-scura della cute delle estremità superiori e inferiori, accompagnata da notevole sensazione di freddo. Più tardi lievi bruciori e formicolî alla pianta dei piedi, senso di torpore e di peso. Dopo circa due settimane comparve una bolla in vicinanza del malleolo interno del piede sinistro, la quale non tardò a rompersi, lasciando sul posto un'ulcerazione a bordi nerastri e a fondo grigio-scuro, della grandezza di una moneta da un soldo. Talora, in corrispondenza dell'ulcerazione, veniva avvertito lieve dolore spontaneo.

Stato presente. — L'inferma è di statura media, ha costituzione scheletrica regolare, muscoli bene sviluppati, pannicolo adiposo sufficiente, colorito della pelle e delle mucose visibili leggermente pallido, rete vasale superficiale evidente in molti punti. All'esame del capo non si rileva nulla di notevole. All'esame del collo non si palpano gangli; la tiroide è un poco aumentata di volume.

L'esame degli organi toracici e addominali non dimostrano nulla d'importante.

Sistema glandolare normale.

Esame funzionale. — L'apparato circolatorio centrale e periferico non presenta lesioni di sorta. Il polso è ritmico lento. Non si nota dermografismo. La temperatura ascellare arriva a 36 1/2. La nutrizione generale buona; notasi soltanto leggiera anemia.

Circa le funzioni gastro-intestinali è da rilevare una discreta e costante stitichezza.

Normale la secrezione salivare, irregolare la secrezione del sudore, tanto che sulla fronte e nei cavi ascellari spessissimo è abbondante, mentre rimangono fredde e asciutte le altre parti del corpo. L'esame dell'urina non fa rilevare nulla di patologico.

Esame della sensibilità. — La sensibilità tattile, termica e dolorifica è diminuita alle mani fino ai polsi e ai piedi fino all'unione del 3° inferiore col 3° medio della gamba. Ripetendo l'esame più volte nella giornata si notano leggiere variazioni. La sensibilità tattile e dolorifica ritorna quasi al normale nei brevi periodi in cui la temperatura delle estremità aumenta. Normale la sensibilità specifica.

Esame della motilità. — I movimenti attivi e passivi degli arti sono normali. Nessun disturbo dell'equilibrio. La tonicità muscolare è leggermente diminuita.

Riflessi. — Riflessi pupillari normali, debole il riflesso faringeo, normali i riflessi addominali, vivaci i rotulei e gli achillei. Assenza di clono del piede.

Dall'esame anamnestico e obbiettivo traggo il convincimento di trovarmi di fronte a un caso tipico di *sindrome di Raynaud*. Il colorito nerastro della cute, l'ipoestesia tattile e dolorifica, l'abbassamento della temperatura, il torpore, la gangrena superficiale, sono sintomi che non rendono difficile la diagnosi.

Prescrivo, quindi, all'inferma una cura arsenico-ferruginosa e faccio applicare alle estremità inferiori impacchi caldo-umidi, da ripetersi varie volte nella giornata. Per stimolare le granulazioni dell'ulcera consiglio l'applicazione di tintura di iodio ogni 4-5 giorni e più frequentemente l'acqua ossigenata. Dopo circa tre mesi l'ulcera cicatrizza e il colorito della cute delle estremità inferiori torna quasi normale.

La temperatura rimane sensibilmente più bassa in confronto delle altre regioni del corpo.

La sindrome sopra descritta non può essere confusa con nessun'altra nevrosi vasomotoria o trofica. Non coll'*eritromelalgia,* perchè in questa si nota, fin dall'inizio, aumento più o meno spiccato della temperatura; inoltre il colorito della cute è variabile: si va dal rosso al rosso-scuro e al bleu, mentre la tinta predominante nella sindrome di Raynaud è la nerastra. Il rossore facilmente scompare innalzando l'arto, mentre ciò non si verifica nella sindrome di Raynaud. Il dolore è costante e spesso intollerabile.

Non col *morbo di Quinke,* perchè in questo è costante l'edema.

La sindrome di Raynaud può essere secondaria a lesioni cerebrali e spinali o a lesioni del sistema nervoso periferico, ma nel caso nostro il decorso della malattia, la mancanza di segni che caratterizzano le affezioni organiche del sistema nervoso, ci fanno escludere in modo assoluto che la sindrome descritta sia la conseguenza di tali fattori patogenetici.

Manca, finalmente, qualsiasi lesione cardiovascolare perchè si possa pensare a disturbi di circolazione per processi di endoarterite obliterante.

Non rimane che ricordare la gangrena delle estremità dovuta a malattie infettive e tra queste è da annoverare la malaria. La paziente soffrì tre anni fa la malaria con complicanze intestinali, di cui guarì completamente e non accusò in seguito altri disturbi a carico del tubo digerente. La malaria, in questo caso, può avere agito come causa predisponente, ma non come causa determinante della sindrome di Raynaud.

Riguardo alle *cause predisponenti* della sindrome di Raynaud ricordo che le opinioni degli AA. sono varie. Alcuni incolpano le sostanze anafilassanti che provengono dall'alterato chimismo gastro-intestinale; altri lo stato angioneurotico familiare e personale del paziente; altri l'anemia e l'artritismo; altri le intossicazioni e le infezioni in genere.

Nel nostro caso è da rilevare la pregressa infezione malarica e lo stato angioneurotico della madre e della paziente.

Sembra che le donne siano più predisposte degli uomini a contrarre questa malattia.

Circa la *patogenesi,* il Raynaud, convinto dell'origine nervosa della malattia, pensa che dai centri vasomotori dell'asse grigio spinale partono degli stimoli capaci di agire sui nervi vasocostrittori, per cui, mentre le arterie si restringono, le vene, specialmente superficiali, si rilasciano e il sangue venoso refluisce dalle vene più grosse alle vene più piccole fino ai capillari, donde l'asfissia dei tessuti e gangrena.

Il Weiss, contrariamente all'opinione di Raynaud, ritiene che la cianosi regionale non sia la conseguenza d'una corrispondente ischemia regionale, ma derivi dallo spasmo delle sole vene Si tratterebbe, insomma, di cianosi da spasmo delle vene e non di ischemia da spasmo delle arterie.

Il Nooesske e il Duroziez pensano che la sindrome di Raynaud non sia di origine cerebrale ma periferica. Anzichè come una nevrosi autoctona derivante da alterazioni del sistema nervoso centrale, la sindrome accennata viene da essi considerata con una nevrosi del simpatico.

Ma qui sorge un'altra domanda: la gangrena superficiale dipende dal fatto che il sangue venoso è insufficiente alla nutrizione e quindi dalla sola cianosi locale, ovvero da influenza trofoneurotica (Weiss)? O è da pensare, invece, all'alterazione dei piccoli vasi, consecutiva ai disturbi neurotrofici e vasomotori (Gilber, Perier ed altri)?

La stasi venosa costituisce indubbiamente un terreno poco favorevole alla nutrizione dei tessuti, ma non basta a spiegare la gangrena delle estremità. Se i disturbi trofoneurotici e vasomotori sono quelli che determinano la stasi venosa, è facile comprendere come questi stessi disturbi aumentino ancora di più nelle zone cianotiche; e nei punti dove è più spiccato il disturbo, lentamente si producono alterazioni endo-vasali, che contribuiscono a rendere più difficile la circolazione, la vita delle cellule, quindi asfissia e morte del tessuto colpito.

I disturbi neurotrofici e vasomotori possono, alla loro volta, dipendere da alterazioni delle secrezioni interne? Sarebbe importante potere studiare la patogenesi della sindrome di Raynaud anche da quest'altro punto di vista.

Per quanto riguarda la cura, furono sperimentati varî rimedi.

Il Noesske dapprima curava la malattia di Raynaud con la stasi alla Bier, ma poi, non avendo ottenuto risultati incoraggianti, preferì la cura chirurgica, che eseguiva sopratutto quando la malattia colpiva le falangette e consisteva nelle incisioni trasversali. L'esito era quasi sempre favorevole.

Il Morton adoperò la soluzione di trinitrina; il Verneuil i ioduri, la iosciamina, i bagni ossigenati locali, senza notevoli risultati.

Lo Scrheiber suggerì le applicazioni di aria calda e il Bonnefoy adoperò le correnti d'alta frequenza: l'uno e l'altro ebbero buoni risultati. Le correnti d'alta frequenza avrebbero un'azione efficace non solo per la diatermia, ossia per la produzione di calore direttamente nei tessuti, ma anche per altre proprietà speciali di queste correnti. Lo Scrheiber sperimentò il metodo di cura di Noesske e trasse la convinzione che per un certo tempo può riuscire utile; ma quando la malattia si ripete, come accade spesso, allora bisogna ricorrere alla doccia di aria calda.

Tutte le cure praticate da questi AA. hanno per iscopo di modificare la circolazione locale, rendendola più attiva e capace di nutrire i tessuti colpiti dall'asfissia. Ma poichè, come ho detto innanzi, la causa di tale asfissia risiede con grande probabilità nei disturbi trofoneurotici e vasomotori, la sola cura locale non può essere sufficiente a combattere la sindrome di Raynaud. Occorre integrarla con la cura generale. A questo proposito sarebbe assai utile sapere quale e quanta parte abbiano nella genesi della sindrome di Raynaud le secrezioni interne, onde sperimentare un'opportuna cura opoterapica. La mia paziente aveva la tiroide ingrossata e soffriva di disturbi nella sfera genitale. Può darsi che l'alterata secrezione di queste glandole abbia contribuito a modificare le funzioni trofiche e vasomotorie dei tessuti superficiali, e sarebbe potuta riuscire utile una cura particolarmente diretta ad attenuare i disturbi di secrezione interna.

Nondimeno, nel caso in esame, la cura arsenico-ferruginosa associata alla cura locale ebbe ragione della malattia, quantunque in un tempo piuttosto lungo. Riguardo alla cura locale è opportuno aggiungere la prescrizione di un medicamento capace di stimolare e proteggere le granulazioni delle ulcerazioni, evitando tutti quei medicinali che potrebbero provocare irritazioni e distruggere l'epitelio di nuova formazione. Così facendo si raggiungerà lo scopo non trascurabile di soddisfare alle esigenze dei pazienti, che, per la non breve durata della malattia, hanno bisogno di vedere come l'opera del medico si svolga con maggiore interessamento.

Bova Marina, 20 novembre 1914.

BIBLIOGRAFIA.

1. CASSIRER. *Die vasomotorisch-trophischen neurosen*, 1901.
2. IDEM. Deut. med. Wochenschr., 1908, n. 44.
3. GROSDEMANGE. *Malaria e malattia di Raynaud.* Bull. Medical de l'lAlgérie, n. 10, 1914.
4. HIRSCHEL. *Zur kasuistick der spontangangräm der oteren extremitaten.* Beitr. zur Klin. Chir., 1907, B. 52, Hefl. I.
5. LEOTTA. *Sull'eritromelalgia.* XX Congresso della Società Italiana di chirurgia, 27 ott. 1907.
6. OPPENHEIM. *Trattato delle malattie mentali.*
7. SCHREIBER. Münch. med. Woch., 10 giugno 1913.
8. SASSI. *Contributo alla gangrena simmetrica delle estremità.* Gazz. Osp. e Clin., 1907, n. 135.
9. THIELE. *Die spontangangrän der extremitaten.* Dass Greswald, 1904.
10. WEIR-MITCHELL. *On a rare vasomotorneurosis of the estremities.* Philadelphia medic. Times, 1872, pag. 81.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 7 marzo 1915

Presidenza del prof. G. GAGLIO; Vice-presidente.

Dott. V. ARTOM di S. AGNESE. *L'azione del mesotorio sul cancro dell'utero.* (II nota). — Una prima comunicazione fu fatta all'Accademia nella seduta di giugno.

Il numero dei casi curati è salito ora a 46 e il numero delle applicazioni a 175. Furono usati due preparati di mesotorio della radioattività rispettivamente pari a 51 e 53 mmgr. di bromuro di radio, isolati od uniti e talora disposti a fuochi incrociati. I filtri furono di ottone nichelato, di vario spessore o di alluminio o di avorio esternamente rivestito di ottone nichelato, in guisa da potere a volta a volta utilizzare più o meno le varie qualità di raggi. Si è avuto cura di eliminare la radiazione secondaria rivestendo i filtri con tubetti di gomma o con strati di garza.

In nessun caso si sono avuti da lamentare inconvenienti, tranne che fenomeni transitori di tenesmo rettale o vescicale: non si è mai fatta precedere all'applicazione il raschiamento e la cauterizzazione delle masse neoplastiche: in 4 casi si è associata l'azione dei raggi X.

La durata delle applicazioni è stata da 12 a 24 ore, talora sino a 36: il numero massimo di

milligrammi-ore in una sola volta è stato di circa 4000 a fuochi incrociati, di 2600 a irradiazione semplice.

Prevale il metodo delle applicazioni divise in gruppi di 3 a 4 con intervalli fra l'una e l'altra da 12 ore a qualche giorno, ripetendosi i gruppi stessi da 3 a 4 volte in dosi decrescenti ad intervalli di circa un mese.

Come effetto delle applicazioni si è notato di frequente una reazione generale di poco conto (malessere, nausea, senso di stordimento, qualche elevazione febbrile).

Evidente è stato in genere il miglioramento dello stato generale, la diminuzione dell'anemia, l'aumento del peso (in un caso 12 Kg. in 3 mesi).

Si è avuta più volte amenorrea permanente.

L'azione sul carcinoma è sorprendente e rapidissima: si ha cessazione e scomparsa dei dolori. Il tumore si riduce in dimensioni, le ulcerazioni si detergono, sostituendosi alla superfice necrotica granulazioni di buon aspetto. Si giunge, talora nei casi più favorevoli, anche alla ricostituzione pressochè normale delle forme anatomiche della Portio ed alla formazione della mucosa. Ripetuti esami istologici han permesso di seguire le alterazioni e la distruzione degli elementi cancrenosi e la sostituzione di tessuto connettivo al neoplastico.

Astenendosi deliberatamente dal parlare di guarigione l'O. si limita a elencare i casi in base a miglioramento transitorio o permanente.

Nel 1° gruppo di 17 casi dei quali riferì in giugno e che comprendeva 3 casi operabili, 11 inoperabili e 3 recidive dopo operazioni radicali in tre ebbe un miglioramento transitorio e in 7 un miglioramento stabile.

Nel 2° gruppo di donne (25) nelle quali la cura fu iniziata dopo il mese di agosto, 8 sono stabilmente migliorate da parecchi mesi, 14 sono tuttora in cura, 2 hanno avuto solo un miglioramento temporaneo; una sola, già precedentemente operata in via palliativa a Chieti, non ha risentito alcun effetto.

Oltre queste, altre 4 donne vennero irradiate a scopo profilattico dopo operazione radicale eseguita di recente.

In base a questi risultati l'O. si ritiene autorizzato a confermare quanto è stato affermato da tutti i ginecologi che si sono occupati dell'argomento, che cioè nulla di simile è stato sinora raggiunto nella terapia non operativa del cancro dell'utero.

L'azione delle sostanze radioattive è certamente limitata ad una distanza circoscritta: per altro anche l'operazione estesa non giunge molto più in là.

Sarà tuttavia opportuno, sinchè non sia trascorso un periodo di osservazione di alcuni anni, di eseguire l'operazione radicale quando sia possibile.

È verosimile che col sussidio dell'actinoterapia per la profilassi delle recidive, si possa tornare ad operazioni meno estese ed a ridurre di conseguenza la mortalità operatoria.

Il socio prof. PESTALOZZA che ha seguito le osservazioni dell'O., ritiene che si possa in alcuni casi parlare di vera guarigione, allo stesso titolo col quale se ne parla dopo l'asportazione chirurgica di un carcinoma, riferendosi la qualifica nell'uno e nell'altro caso allo stato attuale.

Il prof. DURANTE ritiene che l'azione delle sostanze radioattive sia assai circoscritta. Quando la neoplasia è penetrata di qualche millimetro nella sottomucosa le vie linfatiche sono già invase, quindi si deve ricorrere all'operazione che consente un'esportazione profonda e radicale. Chiede se fu in ogni caso fatta una biopsia per stabilire la diagnosi.

Il socio prof. GHILARDUCCI è favorevole all'uso delle sostanze radioattive.

Il dott. ARTOM di S. AGNESE risponde al professor Durante che la biopsia fu praticata ogni volta che non si trattava di un caso di diagnosi banale. Osserva inoltre che se il tumore penetrato in profondità di alcuni millimetri ha già invaso le vie linfatiche, l'operazione radicale non avrà neppur essa un successo definitivo, essendo impossibile l'asportazione delle metastasi invisibili e palpabili.

Aggiunge che se si ritiene in genere, ed è stato dimostrato dall'esame dei pezzi asportati, che le sostanze radioattive in dose sufficiente sono capaci di esplicare la loro azione sugli elementi neoplastici in un raggio di 3 1/2-4 cm., v'è chi afferma che essa vada assai più oltre, come il Kroenig che ha potuto agire su cancri della Portio attraverso la parete addominale e Wickham e Degrais che hanno trovato alterazioni cellulari dovute all'effetto delle radiazioni a una distanza di 9 cm. dalla zona di applicazione e di 11 cm. con la tecnica dei fuochi incrociati.

L'actinoterapia inoltre elimina la mortalità operatoria, che dà una percentuale non trascurabile nella chirurgia del cancro dell'utero.

Prof. M. SERENA. *Determinazione con una radiografia sola di una linea normale lungo la quale sta un proiettile o un corpo estraneo.* — I radiologi da tempo avevano già risolto il problema di stabilire radiograficamente la distanza in profondità di un proiettile dalla superfice del corpo ovvero dal piano della lastra su cui il paziente è posato, mancava però un metodo facile

per stabilire su quale linea normale questa altezza poteva essere calcolata.

Premesso dunque di conoscere la distanza in profondità, il metodo proposto è dei più semplici: basta mettere una sbarretta di metallo sulla cute del paziente nelle vicinanze approssimative della sede del proiettile, orientare l'ampolla in modo che il raggio normale coincida con una delle estremità della sbarretta, e fare la radiografia della parte del corpo presa in esame. Sulla lastra apparirà l'ombra della sbarretta e quella del proiettile individuando così un triangolo, in base ai suoi angoli alla base e con un metodo grafico semplicissimo si può disegnare sulla pelle del paziente un altro triangolo simile a quello della lastra, il cui vertice opposto alla base (formata in parte dalla sbarretta) indica precisamente il punto per cui passa una linea verticale lungo la quale sta il proiettile.

Prof. M. Serena. *Sull'uso di due cilindretti di metallo in radiologia per la localizzazione di proiettili o corpi estranei.* — Questi cilindretti non sono altro che due pezzi di tubo di ferro o di ottone alti 3 cmt. circa, col diametro interno di un centimetro o poco più e colle pareti spesse almeno 3 mm., essi sono incassati normalmente ciascuno all'estremità di un manico di legno dalla cui superfice piana debordano due o tre millimetri. Si adoperano essendo il paziente sul trocoscopio o all'ortoscopio; senza aver bisogno di avere prima centrato il tubo, nè stabilito il raggio normale si spostano questi cilindretti tenuti rispettivamente all'innanzi e all'indietro del corpo del paziente finchè la loro ombra appaia allo schermo fluorescente come un unico anello ed in esso sia racchiusa l'ombra del corpo estraneo; premendo allora i due cilindretti sulla pelle del paziente i cigli metallici debordati lasciano rispettivamente un segno anulare in base al quale si individua un piano.

In tal modo si può indicare al chirurgo un numero variabile di piani che si intersecano tutti nel punto dove è il corpo estraneo. Il metodo è assolutamente esatto e facile, non richiede istrumentario speciale; anche coll'ampolla messa alla meglio sotto una tavola su cui è sdraiato l'infermo la localizzazione si fa bene.

Prof. F. Ghilarducci. *Tecnica per ottenere la imagine radiografica di tutte le vertebre cervicali in posizione esattamente laterale.* — I metodi per la ricerca radiologica della colonna cervicale in posizione esattamente laterale non dànno risultato sicuro e urtano tutti nella difficoltà di mettere il malato — con lesione della colonna vertebrale, con contratture muscolari, ecc. ecc. — in posizione tale da non potere eseguire una prova radiografica nitida e con tutte le vertebre cervicali.

Il metodo che ho ideato è semplicissimo: la lastra si appoggia sul moncone della spalla del malato, correggendo, mediante la distanza, la possibile deformità: il malato può rimanere anche disteso sulla barella a testa estesa. L'anticatode viene ad essere a metri 1.20 dalla lastra e basta — con un apparecchio potente — un secondo di posa.

Mostra inoltre parecchie radiografie di malati con lesione della colonna cervicale e in cui la diagnosi fu solo con tal metodo possibile.

Prof. F. Ghilarducci. *Semplificazione di alcuni metodi geometrici per la localizzazione radiologica dei corpi estranei.* — L'O. presenta una squadra alla quale sono innestate altre due squadre perpendicolari alla prima: la prima ci rappresenta il raggio perpendicolare, le altre due il piano dello schermo o della lastra, e il piano di spostamento degli anticatodi. Con questo metodo può essere semplificato il metodo del Moritz, il metodo dei triangoli simili ed altri metodi geometrici. Inoltre comunica un proprio metodo di localizzazione dei proiettili o di altri corpi estranei, metodo radiografico, quindi applicabile su qualunque malato e su qualunque regione del corpo. Pregio del metodo, già applicato con successo, su vari soggetti, è di essere utilizzabile in qualunque caso, anche quando tutti i metodi radioscopici siano inattuabili, di essere applicabile in piena luce e di dare la posizione precisa del corpo estraneo sulle tre direzioni.

Prof. U. Gabbi. *Esempi clinici di «sprue» nell'Italia meridionale e nella Sicilia.* — L'O. riferisce su alcuni casi di malati, la cui sintomatologia era stata ritenuta di origine urica. L'O. ha avuto occasione di osservare all'estero alcuni casi di sprue e mette in relazione i casi manifestatisi in Italia con quelli esteri. Ritiene che anche da noi esistano casi di sprue, che fino ad ora sono sfuggiti alla diagnosi esatta.

A. Baldoni.

Interessante e pratica pubblicazione:

Dott. Elio Fabbri

GUIDA ALL'ESAME DELL'INFORTUNATO
(Manuale di Semeiotica Speciale)

Un volume di 164 pag., in-16°, con tavole fuori testo.

I nostri associati che desiderano provvedersi di questo utile manualetto, lo riceveranno prontamente spedendo alla nostra Amministrazione sole L. 2.25 mediante cartolina-vaglia, la quale dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. Enrico Morelli, via del Tritone, 46 - Roma

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

OSPEDALE VESPUCCI IN FIRENZE
diretto dal prof. N. GIANNETTASIO.

La tintura di iodio nella erisipela

per il dott. AUGUSTO MAGI.

Già da tempo si sa che la tintura di iodio ha buone proprietà disinfettanti ed il suo uso è stato qua e là raccomandato per favorire la detersione e la guarigione di piaghe e lesioni settiche locali diverse; ma però l'applicazione su larga scala della tintura di iodio, come sostitutivo dei comuni disinfettanti, è molto recente e si deve sopratutto al Reclus.

Infatti prima si usava la tintura di iodio generalmente nella cura di piaghe torpide, per accelerarne sopratutto la cicatrizzazione, si approfittava più quindi delle proprietà stimolanti per i tessuti e risolventi dello iodio, che della proprietà disinfettante.

Oggi invece, per opera del Reclus, si è venuti a dare sempre più importanza all'azione disinfettante di questo rimedio, che si comincia ad usare senza risparmio nel trattamento delle piaghe recenti, come prima medicatura d'urgenza, preziosa sopratutto nella pratica della chirurgia da guerra, come è stato recentemente dimostrato nell'attuale terribile conflitto, nella pratica degli infortuni, nella medicina familiare, ecc.

La tintura di iodio anzi pare che si presti più nelle forme recenti da trauma violento, con scollamenti, lacerazioni, formazione di lesioni anfrattuose; essa infatti è molto penetrante e facilmente arriva a contatto dei tessuti profondi e può quindi agire sui bacteri eventualmente penetrati nella ferita.

Meno bene si prestano alla medicatura iodata le ferite suppuranti, forse a causa della spessa membrana piogena, come pensano alcuni, o piuttosto perchè la tintura di iodio, noi penseremmo, coagula i proteici del pus ed impedisce a sè stessa l'ulteriore penetrazione in profondità.

Io ho voluto studiare, dietro suggerimento del prof. Giannettasio, l'effetto della medicazione della tintura di iodio nella erisipela, non già coll'intento di diminuire l'importanza della cura generale, ma per ricercare se nella tintura di iodio si potesse trovare il mezzo più adatto di cura locale.

È noto infatti che la cura della erisipela deve essere in parte generale, in parte locale: come cura generale si hanno da un lato le applicazioni sieroterapiche (i sieri antistreptococcici sono ormai stati provati spesso con buoni risultati, grazie sopratutto alla loro azione opsonizzante o favoritrice della fagocitosi), dall'altra il metodo Baccelli delle iniezioni intravenose di sublimato, che furono si può dire il primo spunto della chemoterapia moderna: come cura locale si sono provati tutti i possibili disinfettanti e tutte le possibili applicazioni locali, fra cui ricordiamo specialmente l'olio al guaiacolo di Maragliano.

Ha dunque un certo interesse il vedere se la tintura di iodio, che ha dato risultati brillanti nella cura di piaghe infette, riesca altrettanto giovevole contro lo streptococco annidato nel derma e causante la sintomatologia della erisipela; tanto più che la *tintura di iodio è molto penetrante e lo streptococco non è certo un germe molto resistente.*

Numerosi sono stati i casi di eresipela da noi studiati al nostro Ambulatorio chirurgico e nella clientela privata, come pure frequenti i casi di linfoangioite, specialmente negli arti superiori, consecutiva a ferite infette della mano. In ciascuno dei pazienti abbiamo immediatamente iniziata l'applicazione di estese ed abbondanti spennellature di tintura di iodio sulle parti arrossate in cui si svolgeva il processo infettivo e gli effetti ottenuti sono stati veramente brillanti.

Le linfoangioiti quasi costantemente sono state combattute e vinte alla prima medicatura, le forme eresipelatose, più ostinate, hanno ceduto alle applicazioni successive e solo in alcune forme molto gravi abbiamo ricorso alla cura sieroterapica. Il prof. Giannattasio applicò anzi per la prima volta, la tintura di iodio in un caso abbastanza grave di eresipela del cuoio capelluto e della faccia da cui fu affetto un suo aiuto, il prof. Bruchi, attuale chirurgo primario a Ravenna ed anche in questo paziente l'effetto fu rapido e brillante.

Ho creduto perciò opportuno pubblicare e rendere noti i risultati di una terapia semplice ed alla portata di tutti in affezioni così comuni e spesso pericolose, per richiamare l'attenzione dei colleghi sull'andamento decisamente favorevole che assumono i processi eresipelatosi e le linfoangioiti in genere in seguito ad una pronta ed energica applicazione della tintura di iodio.

Firenze, gennaio 1915.

STRUMENTI NUOVI.

Candelette metalliche a conduttore per dilatazione uretrale

per il dott. G. FINOCCHIARO DE MEO.

La dilatazione meccanica ha tenuto sempre il primato tra i varî mezzi curativi proposti nel trattamento dei restringimenti uretrali.

Essa rappresenta l'elemento essenziale di ogni cura rivolta ad aumentare il calibro di un'uretra ristretta. Ora è ovvio che a secondo dell'importanza che il chirurgo pone in questo metodo, i risultati pratici ch'egli potrà ritrarne saranno più o meno soddisfacenti.

La scelta dell'istrumento da impiegarsi nella dilatazione, se un catetere, una sonda, o una candeletta non è argomento di poca importanza e certo non vien fatta a caso.

Basta osservare la varietà di strumenti per convincersi quanto siano disparate le opinioni tra i chirurgi. È certo però che esiste una preferenza indiscutibile per lo strumento metallico ed è innegabile d'altro canto che in certi casi uno strumento possiede vantaggi indiscussi sopra un altro.

Infatti la resistenza degli strumenti metallici li fa preferire nei casi di restringimenti cicatriziali induriti, dove le candelette molli e pieghevoli cederebbero.

L'inflessibilità del metallo inoltre fa sì che l'istrumento sia meglio guidato dall'operatore, tanto più se questo venga aiutato da un conduttore che lo possa dirigere con precisione e sicurezza.

Per questo convinto che in numerosi pazienti affetti da restringimenti cicatriziali dell'uretra peniena, nei quali ero riuscito a penetrare una minugia, non mi era possibile d'altro canto l'introduzione successiva di strumenti flessibili di calibro maggiore, nè strumenti metallici come le *beniqués,* ideai e feci costruire dal Gentile di Parigi un modello originale di candeletta metallica, cilindrica e diritta, ottenendo con essa degli ottimi risultati.

Infatti superato il restringimento uretrale con una minugia conduttrice (n. 6 filiera Charrière), seguendo le regole chirurgiche adatte a vincere il punto ristretto, innesto ad essa successivamente le mie candelette metalliche n. 14, 16, 18, 20 (Serie Béniqué), ottenenedo così senza difficoltà una dilatazione graduale fino all'uretra bulbosa.

I restringimenti dell'uretra peniena invero sono talora così stretti, che qualunque strumento metallico fin'oggi in nostro possesso non risponde all'uso, sia per il calibro maggiore, come per la curva che impedisce una manovra adatta; la candeletta in gomma d'altro canto, quasi sempre si arresta all'inizio dell'ostacolo o poco dopo, sia per la mancanza di rigidità, come pure per la irregolarità del tragitto uretrale. Non avremmo allora in questi casi, altra risorsa che l'uretrotomia interna.

Le candelette metalliche a conduttore da me fatte costruire, hanno reso invece nella mia pratica giornaliera ottimi risultati senza dare alcun inconveniente. Esse hanno il vantaggio di seguire perfettamente il tragitto venendo dietro ad una guida flessibile e sicura, di dilatare rapidamente l'uretra e renderla adatta all'applicazione successiva delle *béniqués* a conduttore.

Nella mia pratica adopero soltanto quattro candelette della filiera Béniqué e cioè i numeri 14, 16, 18, 20. Queste mi bastano ad ottenere un canale di calibro possibile per l'introduzione di strumenti metallici curvi. Le candelette sono munite di conduttore n. 6 con armatura a vite, e misurano 20 centimetri, tanto perchè all'atto della dilatazione si possa allungare il pene, ottenendo così, con lo stiramento dell'uretra, una certa regolarità nel tragitto stenosato, restando sicuri con la candeletta di percorrere tutta l'uretra peniena.

L'uso di questi strumenti ripeto non può arrecare alcun danno sempre quando non si manchi delle comuni prerogative utili in qualunque cateterismo, quali la pazienza, la dolcezza della mano e un certo possesso dell'anatomia della parte.

Catania, novembre 1914.

CASISTICA.

Disturbi dell'orecchio consecutivi ad alterazioni dell'apparato circolatorio.

I rumori dell'orecchio, spesso assai tormentosi, sono frequenti nei cardiopatici. Se ne possono distinguere due specie, cioè quelli di origine arteriosa e quelli di origine venosa; per gli uni e per gli altri le vie di conduzione all'orecchio possono essere o l'ossea o l'aerea. Eccezionalmente questi rumori si possono percepire anche coll'esame obbiettivo.

I rumori auricolari d'origine arteriosa sono sincroni colla sistole cardiaca (in un caso di Tuczec erano giusto il doppio delle sistoli) ed hanno carattere acustico vario (tintinnio, sibilo, mormorio, martellamento, ecc.). La causa produttrice di questi rumori può risiedere in una alterazione dei grossi vasi intratoracici (stenosi, insufficienza, aneurismi dell'aorta) ed allora i rumori si propagano colla corrente sanguigna

fino all'orecchio, e sono rumori di origine vasale percepiti soltanto dall'infermo; oppure può risiedere negli stessi vasi periferici, per sclerosi della carotide interna, per alterazioni dei vasi intracranici (arteria meningea media, arteria occipitale e sopratutto arteria basilare ed arteria vertebrale) o per semplice aumento della pressione nell'interno del cranio.

Anche flogosi traumatiche o tubercolari prossime alle prime vertebre cervicali possono produrre rumori auricolari sistolici determinando una paresi vasomotoria dell'arteria vertebrale; questi rumori scomparirebbero colla pressione dell'arteria vertebrale, mentre in tal caso i ronzii labirintici persistono.

I rumori auricolari d'origine venosa sono caratterizzati dall'essere continui, uniformi, soffianti; si hanno specialmente in soggetti cloro-anemici, nei quali si ascoltano soffi venosi sulla giugulare.

La causa produttrice di questi rumori è appunto data da lesioni dei grossi vasi venosi, specie da movimenti vorticosi in casi di ectasia del bulbo della giugulare, il quale ha i ben noti intimi rapporti coll'orecchio medio.

Anche la compressione dei grossi vasi venosi del collo (per malattie della tiroide, tremori, ecc.) può determinare rumori auricolari venosi; in alcuni casi nel lato ove il paziente sentiva detti rumori si è potuto riscontrare arrossamento del condotto uditivo esterno ed iperemia del timpano, indizi di stasi, la quale si è dileguata dopo un conveniente atto operativo ovvero in alcuni casi ha dato luogo ad otorragie.

Il Capaldo, che ha fatto questo studio (*La Clinica*, n. 2, 1914) accenna a varî casi clinici dei diversi tipi di rumori endoauricolari, e ricorda ancora l'embolia dei vasi dell'orecchio medio, secondaria ad endocardite.

Nel quadro clinico si trova che improvvisamente l'udito abbassa fino alla sordità completa, da uno o da tutti e due i lati, anche successivamente.

Questa diminuzione od abolizione della funzione uditiva può dipendere da immobilità della catena delle ossicine consecutiva a deposito di coaguli fibrinosi, ed allora si dilegua rapidamente, ma può ancora esser l'effetto di emorragie (rivelantisi sotto forme di ematotimpano) o di una vera flogosi dell'orecchio medio con perforazione della membrana. Coesistendo trombosi dei vasi retinici si associa la cecità.

Si può avere la guarigione per riassorbimento oppure la sordità permanente per organizzazione del trombo e degli stravasi.

Sordità completa può aversi per embolia dell'arteria basilare.

La sordità nell'insulto apoplettico è rara, ed è indizio di emorragie nel ponte. Si può avere sordità crociata.

Rientrano ancora nelle ulcerazioni auricolari consecutive a lesioni cardiovascolari quelle dipendenti da paresi dei nervi del plesso cervicale e dei gangli del simpatico cervicale, che sono preposti all'innervazione vasale. In questi casi esiste come sintoma unico un rossore intermittente del padiglione dell'orecchio. Questi infermi sovente presentano per qualche ora ogni sera dolori alla nuca con rossore e calore del padiglione, ronzii ed ipoacusia.

Infine la foruncolosi del condotto uditivo esterno può essere dipendente da uno stato pletorico o da diabete, il quale ultimo verrà distinto coll'esame delle urine.

G. SABATINI.

La diagnosi della sordità nei suoi rapporti clinici e sociali.

Il dott. Massimo Campeggiani, in una pregevole monografia che porta il titolo su indicato (1 vol. in-4° di pag. 84; Roma. Tipogr. Nazionale di G. Bertero & C., 1915) si è proposto di facilitare al medico pratico la diagnosi della sordità, sia nelle comuni contingenze dell'esercizio professionale, sia nelle perizie; ed il prof. Ferreri presentando il volume con una lusinghiera prefazione, lo definisce appunto uno studio clinico e medico-legale della sordità, una guida alla diagnosi di tale malattia.

Dopo brevi considerazioni di indole generale, relative alle varietà, alla frequenza ed alle principali cause predisponenti (età, sesso, clima, stagioni, professioni), l'A. tratta le alterazioni dell'organo dell'udito, che ne turbano in maggior o minor grado la funzione; prende poi in esame il rapporto reciproco fra le alterazioni dell'udito e le affezioni delle altre parti del corpo e di tutto l'organismo.

Espone le cause della sordità, classificandole dal punto di vista anatomico in periferiche e centrali.

Nella rivista sistematica della patologia auricolare richiama le opportune applicazioni di profilassi individuale e collettiva.

Conduce quindi il lettore lungo le vie acustiche fino ai centri dell'udito dimostrando quanto è svariata la sede delle affezioni che inducono la sordità, ed esponendo i criteri che servono a localizzarle.

Per stabilire la natura del difetto uditivo, lo esamina sotto il punto di vista etiologico; e

passa in rassegna le sordità traumatiche, quelle dovute ai medicamenti, ai tossici abituali, ai veleni propriamente detti; quelle in rapporto con lo stato generale (vita sessuale, stati febbrili, malattie infettive, veneree, alterazioni del ricambio, dell'orina e del sangue, malattie dei vari apparati: respiratorio, circolatorio, digerente; adeno-distrofie).

Fa particolare menzione delle sordità nervose, distinguendo le forme organiche e funzionali, ed accenna ai processi patologici con cui potrebbero essere confuse.

Dedica un capitolo speciale al metodismo di esame; mette in rilievo gli elementi da cui deve scaturire il concetto diagnostico, ricorda l'importanza dell'esame generale e delle ricerche sussidiarie; analizza i casi, in cui è piuttosto necessaria questa o quell'altra ricerca, a seconda del modo di insorgere del difetto dell'udito.

Infine illustra le manifestazioni extra-auricolari della sordità ed il loro valore in rapporto alla medicina legale.

Termina ricordando l'importanza sociale ed estetica dell'orecchio; il suo valore professionale, gli effetti individuali e collettivi della sordità, la sua influenza sulle estrinsecazioni più elevate dell'attività e dell'intelligenza, negli oratori, nei poeti, nei musicisti, nei pittori.

Trae la conclusione che la sordità non è soltanto un sintomo che nei rapporti individuali noi dobbiamo localizzare, apprezzare e curare, ma assurge anche ad un'entità morbosa, che noi dobbiamo considerare nei rapporti sociali, per i gravi problemi a cui è legata, e perchè essa può darci la misura del valore fisico ed intellettuale dell'uomo, far luce sui disastri individuali e collettivi, e portare persino il suo tristo contributo nella storia dei popoli.

La pubblicazione è arricchita da una ordinata bibliografia e da una tavola dimostrativa semischematica delle vie acustiche.

Ci limitiamo a questi fugaci accenni; chi s'interessa alla importante questione farà bene a consultare l'originale.

A. S.

TERAPIA.

Il trattamento delle corizze.

La corizza acuta, il comune raffreddore di testa, guarisce in generale senza bisogno di medicamenti. Ad ogni modo al principio si può farlo abortire mediante tre o quattro doccie d'acido carbonico gassoso, un bagno di vapore, una abbondante sudorazione. Quando esso si è sviluppato si può calmarne le molestie applicando dentro le narici la seguente pomata:

Adrenalina all'1 per mille .	2 a 5 gocce
Cloridrato di cocaina . .	gr. 0.25
Mentolo	gr. 0.01-0.05
Acido borico	gr. 1
Vasellina	» 10
Lanulina	» 1

Vantaggiose riescono pure le aspirazioni di mentolo o gomenolo: mettere un cucchiaio da caffè di una delle seguenti miscele in un bicchiere d'acqua ed aspirare i vapori:

Mentolo	gr. 3
Alcool	» 60
Gomenolo	» 25
Tintura di benzoino	» 25

I piediluvi senapati, dieta leggera, i lassativi completano il trattamento.

La corizza spasmodica volgare e periodica, che comprende la corizza idrorroica, la corizza asmatica, la febbre da fieno va combattuta con l'idroterapia, la ginnastica, una igiene appropriata ed i tonici del sistema nervoso.

Si diminuirà l'pereccitabilità della mucosa nasale con le pomate a base di cocaina e di adrenalina, il massaggio vibratorio, le doccie di acido carbonico e d'aria calda. Quando questi mezzi riescono inefficaci bisogna ricorrere all'intervento chirurgico: cauterizazzione galvanica, resezione della mucosa dei cornetti inferiori. Anche le iniezioni interstiziali di paraffina hanno dato buoni risultati. Come sedativi possono utilizzarsi la valeriana, la belladonna, i bromuri. Le crisi di corizza asmatica si calmano spesso con la dieta idrica o latto-idrica.

Le corizze infettive che sopraggiungono nel corso della rosolia, della difterite, dell'influenza, del tifo, dell'eresipela vanno trattate come le corizze acute. Ad ogni modo non bisognerebbe trascurare i lavaggi preventivi con acqua boro-ossigenata al 20 % per pulire e disinfettare le cavità nasali.

La corizza fibrinosa si osserva sopratutto nei bambini sotto la forma di un'infiammazione acuta caratterizzata dalla presenza di false membrane che non hanno tendenza a generalizzarsi. Oltre i segni di una corizza suppurata si ha l'espulsione di false membrane nella secrezione purulenta. Bisogna fare delle irrigazioni nasali alcaline, applicare la pomata a base di cocaina e adrenalina, fare dei lavaggi con resorcina all'1 per mille, o anche toccare la mucosa con glicerina iodata.

La corizza purulenta è molto frequente negli adulti e negli adolescenti ed è caratterizzata da un'infiammazione della mucosa nasale con se-

crezione e scolo di pus. Bisogna togliere i corpi estranei, le vegetazioni adenoidi; praticare irrigazioni nasali e, possibilmente, retronasali con soluzione alcalina (borato e bicarbonato di soda), con soluzioni antisettiche diluite di fenato o salicilato di soda, di acido fenico; fare dei massaggi vibratori e delle polverizzazioni di nitrato d'argento alla dose di 5-20 %. Contemporaneamente bisogna consigliare delle cure ricostituenti a base di ioduro di ferro, di arsenico, olio di fegato di merluzzo, bagni di mare, ecc.

La corizza cronica semplice è un'infiammazione cronica della pituitaria caratterizzata da un'esagerazione della secrezione nasale e da ostruzione più o meno accentuata ed intermittente delle fosse nasali. Bisogna sopprimere le cause irritanti (polvere, tabacco, fumo, ecc.), applicare la seguente pomata:

Mentolo	gr. 0.05-0.15
Cloridrato di cocaina . . .	» 0.15-0.25
Acido borico	gr. 1
Vasellina	» 15

e fare polverizzazioni con la seguente soluzione:

Cloretone	gr. 3
Gomenolo	gocce 30
Olio di vasellina sterilizzato e purificato	gr. 60

La corizza ipertrofica è caratterizzata da ostacolo persistente alla respirazione nasale, perdita dell'odorato, con poca o nessuna esagerazione della secrezione. Il trattamento medico in quest'affezione è sempre inefficace, bisogna sempre ricorrere all'intervento chirurgico praticando la corneoctomia.

La corizza caseosa è caratterizzata da un accumulo nelle fosse nasali di una secrezione fetida, caseosa, analoga al contenuto di certe cisti sebacee, da disturbi dell'odorato, da dolori spesso acutissimi al lato affetto del naso. In questa forma giovano gli abbondanti lavaggi antisettici e la periodica asportazione delle masse caseose.

La corizza atrofica, ossia l'ozena, è caratterizzata da un allargamento delle fosse nasali e da un accumulo nella loro cavità di croste spesse, verdastri, che spandono un odore ripugnante speciale. Il trattamento profilattico di quest'affezione consiste nel non trascurare le corizze croniche e sopratutto quelle purulente. Il trattamento palliativo consiste nell'asportazione delle croste con irrigazioni disinfettanti nasali e retronasali. Gli altri metodi (tamponi di ovatta, pomate, polverizzazioni odorose) sono illusorî. Migliori risultati dànno le polverizzazioni di nitrato di argento. Ma il trattamento di scelta è quello delle iniezioni di paraffina. D'altra parte è indispensabile una cura tonica generale. DR.

L'adrenalina nell'asma.

Il dott. Arthur Hertz riferisce nel *British medical Journal* una sua esperienza personale dell'uso dell'adrenalina nell'asma. Egli dice di aver potuto osservare su sè stesso che le dosi comunemente usate contro gli accessi d'asma sono molto più forti del necessario. La prima dose che egli ingerì fu di 3 gocce di una soluzione al millesimo: migliorò istantaneamente dello accesso, ma per alcuni minuti egli si sentì agitato, e le sue mani tremavano talmente che appena egli potette estrarre la siringa dal sottocutaneo, ed i suoi polsi divennero molto frequenti. In seguito non si è mai iniettato più di due gocce, e per lo più una goccia sola negli attacchi leggieri. Con queste dosi infime il sollievo nell'asma è stato sempre costante. Nessun accesso è durato più di cinque minuti, sicchè l'A. dice di aver potuto prontamente riaddormentarsi, uno o due minuti dopo l'iniezione. Queste piccolissime dosi non possono produrre lesioni ateromasiche. Anche se occorrono 3-4 iniezioni al giorno, ciò che avviene di rado, la quantità totale iniettata è minore della dose che comunemente è usata.

p. s.

MEDICINA SOCIALE.

La profilassi degli infortuni sul lavoro

(FEDERICO MAZZONE. *Ramazzini*, IX fasc., 1°).

L'A. si propone, in questa nota riassuntiva, uno scopo di propaganda.

Egli rileva anzitutto l'importanza della visita preventiva obbligatoria, la quale permetterebbe un primo giudizio positivo o negativo di idoneità o di abilità ad un dato lavoro. Il giudizio definitivo dovrebbe venir dato dal medico dopo un periodo di tirocinio — non inferiore a due anni — durante il quale potrebbero venir compiute tutte le osservazioni (sulla operosità, capacità, resistenza, abitudini, ecc.), necessarie a determinare esattamente il valore organico-funzionale dell'operaio ad un determinato servizio. Si potrebbero così eliminare gli organismi poco resistenti o poco adatti, i quali sono anche i più predisposti agli infortuni.

[Pur senza disconoscere la opportunità della visita preventiva, dobbiamo però notare che di questa sono stati posti in luce anche varî inconvenienti. Inoltre la selezione cui l'A. vorrebbe giungere con la detta visita porterebbe a ciò, che gli operai ritenuti meno adatti dovrebbero procurarsi la vita o mediante l'accattonag-

gio, ecc., o riversandosi verso altre occupazioni in cui è facile sfuggire alla detta visita (p. e. imprese di costruzione, le quali hanno spesso bisogno improvviso di mano d'opera, sì da non potere fare alcuna scelta). In tal modo gli infortuni non verrebbero eliminati, ma solo spostati da una ad altra azienda industriale].

Importanza grandissima per la profilassi degli infortuni hanno senza dubbio il perfezionamento delle macchine e del materiale di lavoro, la solidità e la buona manutenzione degli impianti, ecc. Il medico potrà dare ottimi consigli per quanto riguarda l'igiene degli ambienti di lavoro, la regolarità dei turni di servizio, la limitazione delle bevande alcooliche, ecc.

L'A. consiglia di provvedere ogni operaio di un piccolo pacchetto di medicazione, quale è quello in uso presso i soldati. Inoltre è opportuno che ogni caposquadra abbia presso di sè una borsa di pronto soccorso, e che in ogni opificio, cantiere, ecc. si trovi un armadio ben provvisto di quanto è necessario per la cura degli infortuni.

Per quanto riguarda la cura ulteriore delle lesioni, l'A. insiste sulla necessità di appositi ambulatori. Sappiamo benissimo delle discussioni fatte intorno al diritto dell'operaio a scegliere il suo medico curante; ma conveniamo tuttavia perfettamente con l'A. nell'affermare che, se si lascia la cura all'arbitrio dell'infortunato, accade spesso che questi aggravi e prolunghi il suo male, sia per incuria, sia per speculare sull'infortunio. Chiunque conosca a fondo lo stato delle cose nella pratica infortunistica, è sicuro che l'organizzazione di appositi istituti di cura rappresenterebbe un valido mezzo per giovare agli infermi e per combattere i frodatori.

V. FORLÌ.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(477) *Eritema salicilico.* — Sarò sentitamente grato a quell'egregio redattore che risponderà a questa domanda: un enteroclisma salicilico all'1 per mille può provocare una tossicodermia?

Abbonato 1660.

È noto che l'acido salicilico ed i suoi derivati possono provocare sulla cute manifestazioni eritematose a tipo per solito scarlattiniforme e quindi nulla di più facile che nel caso osservato dall'abbonato si sia proprio trattato di un esantema di questo genere.

Sarebbe interessante il sapere se l'infermo avesse altre volte, soprattutto di recente, fatto uso di preparati salicilici senza risentirne danno di sorta e se perciò l'intensa eruzione sopravvenuta in seguito all'enteroclisma salicilico, si possa spiegare con il meccanismo dell'anafilassia che viene ora invocata spesso nella patogenesi di molti eritemi da medicamenti e anche di alcuni eritemi polimorfi essudativi propriamente detti.

V. MONTESANO.

(478) *Nevrastenia sessuale.* — All'Abb. 3820 — Non possiamo occuparci di singoli casi; ma crediamo opportuno rammentarle quanto segue. In soggetti nevropatici (impressionabili, emotivi, masturbatori, ecc.) sono frequenti i disturbi riguardanti la sfera sessuale; assai spesso si tratta solo di perdite seminali che avvengono durante il sonno, in vicinanza di donne, negli sforzi della defecazione, e — in casi eccezionali — perfino in circostanze che non sembra abbiano alcun rapporto con la sfera genitale (Oppenheim cita casi in cui l'emissione dello sperma avveniva quando i soggetti si facevano tagliare i capelli, o risolvevano problemi di aritmetica); frequentemente però si ha anche impotenza. In genere si tratta solo di impotenza temporanea e relativa; e quasi sempre è in gioco un fattore psichico costituito dalla rappresentazione della incapacità a compiere il coito. La spiccata importanza di questo elemento psichico si comprende facilmente quando si riflette che l'atto sessuale si compie tanto meglio quanto meno il midollo spinale subisce influssi che partono dal cervello; ogni riflessione, ogni osservazione del proprio *io*, ogni timore insorgente, non possono che turbare la regolarità dell'atto. La constatazione della propria debolezza sessuale porta — per un processo logico facilmente comprensibile — ad uno stato di depressione, e talora a propositi disperati.

La diagnosi di fobia non contrasta con quella di nevrastenia sessuale, giacchè le fobie (stati di paura, di angoscia) sono frequenti nei nevrastenici, specialmente in quelli costituzionali.

Evidentemente va spesso assegnata la maggiore importanza, nella genesi dell'impotenza, all'elemento psichico (rappresentazione della incapacità al coito).

Nei casi di questo genere la cura deve mirare a risollevare le condizioni somatiche del soggetto (cfr. in proposito la risposta pubblicata nella « Posta degli abbonati », n. 635); ma principalmente deve proporsi di far rinascere in lui la fiducia nelle proprie forze, chiarendo al paziente la genesi emotiva della impotenza, persuadendolo della inesistenza di lesioni organiche a carico del midollo spinale, adducendo esempi di impotenti temporanei completamente guariti, ecc.

Prof. V. FORLÌ.

(479) *Nello sviluppo lento.* — Ragazza d'anni 17, nata piccola, ebbe leggere convulsioni a termine del 1° anno, dentizione ritardata fin oltre al 15° mese, senza tare ereditarie, con mestruazioni regolari dall'11° anno, fu sempre molto piccola di statura quantunque ben proporzionata. Da un anno, pur godendo ottima salute, pare subisca un arresto nello sviluppo scheletrico. Data l'influenza su questo dell'ipofisi, e le sue correlazioni colla tiroide e le ovaie, si potrebbe tentare una cura opoterapica (quale? come?) notando che due sorelle, normalmente sviluppate, hanno leggera ipertrofia delle tiroidi?

Abb. 1791.

Neive (Cuneo).

Rispondiamo in via d'eccezione.

Dalle sue indicazioni sembrano più opportune le cure ordinarie (vitto, aria, moto, farmaci acceleratori del ricambio), che non le opoterapiche.

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

Prof. RINALDO MARCHESINI. *Guida alla tecnica microscopica*. Vol. I di pag. XII-196, L. 5; vol. II, di pag. XV-307, L. 7. Roma, 1914, Edit. A. Sampaolesi.

Numerosi manuali di tecnica microscopica arricchiscono la letteratura medica straniera ed italiana; ma il recente libro del Marchesini ha su tutti un pregio essenziale, quello della praticità derivante dal lungo insegnamento agli studenti, dimodochè, mentre sono soltanto accennati i metodi che possono costituire un lusso per il pratico ricercatore, sono invece messi in giusto valore quelli che maggiormente interessano per la loro importanza e per l'indiscusso loro merito. Pertanto non trovansi solo esposti i metodi di tecnica puramente microscopica; ma specialmente nel secondo volume, quello che di più interessa il medico, si trovano metodi di altre ricerche affini, di tecnica bacteriologica, cioè di chimica clinica, ecc.; il tutto collegato insieme per render più agevole e più pronto l'esame di laboratorio nelle più svariate contingenze fisiologiche e patologiche.

Nel primo volume il Marchesini tratta la tecnica per l'istologia normale, ossia l'arredo indispensabile per un gabinetto d'istologia; i differenti metodi di esame dei tessuti freschi o induriti, le varie colorazioni generali e speciali per i varî tessuti ed organi, la metacromasia microchimica e la colorazione intravitale; oltre che i metodi per lo studio degli embrioni e delle cellule e tessuti vegetali.

Nel secondo volume invece sono esposte cognizioni generali di bacteriologia, metodi di esame microscopico e culturale per i varî microrganismi e la tecnica per l'esame del sangue, delle escrezioni e delle secrezioni, delle urine, del latte e dei diversi tessuti in condizioni patologiche svariate.

Il libro del Marchesini risulta quindi una guida assai pratica ed assai chiara, necessaria per gli studenti che si iniziano agli studi di laboratorio e assai giovevole anche a chi si è specializzato in tali ricerche e necessita di ricordi indispensabili.

V. BARNABÒ.

A. PAOLINI, capitano medico. *Anatomia umana applicata all'esercizio fisico.* Un vol. in-8° gr. di pag. 180. Roma, Tipografia Salesiana, 1914. L. 3.

Questa esposizione risponde bene agli intendimenti speciali cui è destinata, cioè l'insegnamento dell'anatomia nelle scuole magistrali di scherma e di educazione fisica. Sovratutto l'osteologia, la miologia e l'artrologia sono trattate con compiutezza forse anche eccessiva.

È posta in luce la funzione dei singoli organi.

Noi gradiremmo che per questo insegnamento (destinato ad un grande sviluppo dappoichè l'educazione fisica viene sempre più apprezzata), l'anatomia fosse addirittura compenetrata con la fisiologia: a titolo di esempio, che fossero studiate anche le modificazioni dei muscoli durante gli esercizi fisici, le azioni che questi esercitano sul ricambio organico e le applicazioni che ne derivano al trattamento delle anomalie della nutrizione, le correlazioni tra attività fisica e mentale, ecc. L'esposizione diverrebbe meno arida e molto più utile.

Il lavoro manca d'incisioni. Evidentemente dev'essere studiato col sussidio di un atlante anatomico, come oggi non ne difettano per l'insegnamento elementare.

y.

PER FINIRE. — Il vecchio contadino che da tempo ha avvertito un deperimento nella propria salute, si decide a consultare il medico condotto.

— Caro Tonio — gli dice il dottore, dopo un'accurata visita in base alla quale gli ha constatata una forte anemia — bisogna che prendiate del ferro.

— Der ferro? — esclama stupito il bravo campagnuolo — ma se con questi dentacci faccio già tanta fatica a masticà er pane!

(Riv. San. Sicil.).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per i medici del Belgio.

Inviando a Londra, al sig. prof. Jacobs, il prodotto della sottoscrizione aperta fra i medici di Roma, il presidente dell'Ordine, dott. Ballerini, ha diretto al sig. prof. Jacobs la seguente lettera:

Roma, 31 marzo 1915.

Sig. Professore,

Quando, ai primi del decorso gennaio, i medici italiani, commossi, come tutta la Nazione, per le sventure che hanno colpito il Suo valoroso paese, avevano deciso di venire in soccorso, con una sottoscrizione, dei loro colleghi belgi, l'Italia veniva straziata da una nuova sciagura, più disastrosa di quella di Messina e di Reggio.

Questo ha fatto sì che la sottoscrizione non producesse quei frutti, che certamente avrebbe dato.

Io ho l'onore di trasmetterle, in valuta inglese, il prodotto della sottoscrizione aperta fra gli iscritti nell'Ordine di Roma, cioè lire italiane 2347.

A queste vanno unite L. 1000 della Società italiana di ostetricia e ginecologia, da cui si sono detratte le spese del cambio.

Siamo dolenti che, come Ella ha scritto al signor prof. Pestalozza, gli altri fondi già raccolti, fra cui erano quelli di Milano (ove aveva sottoscritto anche il suo amico prof. Simonetta) e che furono consegnati alle autorità belghe, non debbano arrivare allo scopo per cui furono destinati.

Io sono lieto di aver ritardato un poco e di aver così potuto inviare, direttamente a Lei, il prodotto della sottoscrizione di Roma. Ella ne farà quell'uso che crederà migliore.

La somma è modesta: voglia accettarla come dimostrazione del nostro affetto verso i colleghi del Belgio; come prova di solidarietà nella sventura che li ha colpiti; come affermazione dei voti fervidissimi che facciamo tutti per la risurrezione del Suo eroico paese e come prova della riconoscenza che sempre sentiamo nell'animo per Lei.

Mi creda, con distinta osservanza

Il Presidente
Dott. E. BALLERINI.

Il prof. Jacobs rispondeva col seguente scritto che non si legge senza la più viva emozione:

Hotel Russel, Russel Square, London W. C.

7 avril 1915.

Mon très cher Collègue,

En vous accusant réception de votre si belle lettre pour ma patrie et du chèque de L. 128.14.3 qu'elle renfermait, je viens vous prier, au nom des médecins et pharmaciens belges si éprouvés par la guerre qu'a dévasté notre pauvre pays, d'accepter l'expression émue et bien sincère de leurs remercîments, de leur reconnaissance. Le geste non de confraternité mais de fraternité belle et grandiose que les médecins de Rome viennent de faire, restera gravé dans leurs coeurs et vous entendrez de loin les remercîments des veuves, des orphelins, les sanglots des médecins ruinés et désespérés.

L'espoir de nous revoir un jour libres reste ancré dans nos coeurs; nous lutterons jusqu'à la mort, mais jamais tant qu'il y aura un belge vivant l'odieux envahisseur ne pourra se vanter de nous avoir annihilé!

Volé, oui! assassiné, oui! brûle et pillé, oui! vaincu jamais!

Des mots pleins de coeur comme ceux que vous nous adressez nous aideront encore à rester stoïques au milieu de la tempête. Le phare est peut-être encore loin, mais nous voyons sa lueur; et nous nous redressons depuis qu'un oiseau d'espoir est venu nous dire que le pilote qui va nous aider, sera l'Italie.

Vive l'Italie! Vive la Belgique!

Personnellement, mon cher Collègue, puis-je vous prier de présenter à tous mes confrères de Rome, à mes amis, mes remercîments de tout coeur, pour la réponse qu'ils ont faite à mon appel.

J'espère avoir encore un peu le bonheur de revenir à Rome, de les voir tous, et de leur serrer à tous la main. Je leur dirai alors moi-même, mieux que par lettre, combien je reste ému en lisant la longue liste des souscripteurs romains.

Puisse ce jour venir aussi tôt que mon coeur le désire. Veuillez agréer, mon cher collègue, l'expression de mes sentiments très distingués.

JACOBS.

Il dott. Filippo Isola di New York ci rimette L. 10 per i colleghi del Belgio e L. 10 per i colleghi vittime del terremoto marsicano. Le passiamo rispettivamente all'Ordine dei medici di Roma ed alla Presidenza centrale dell' A. N. M. C.

Il rinnovamento degli ospedali di Napoli.

Abbiamo già accennato in un altro numero di questo giornale alla impressionante deficienza dell'assistenza ospedaliera a Napoli. Ma chi volesse rendersi conto esatto della situazione dovrebbe leggere il resoconto delle sedute dei Consigli comunale e provinciale di quella città dove la quistione fu ampiamente discussa, dove furono messi in evidenza fatti incredibili quanto veri. Abbiamo già riportato l'ordine del giorno votato dal Consiglio provinciale, ordine del giorno eloquentissimo nella sua rude semplicità. Diamo ora quello votato dal Consiglio comunale.

Questo Consesso ha all'unanimità deliberato:

« 1° Di chiedere alle autorità competenti lo scioglimento dell'Amministrazione degli Ospedali riuniti e quindi una inchiesta ampia e rigorosa di iniziativa parlamentare, provinciale e comunale;

2° di sostenere la unificazione di tutti gli ospedali napoletani (nessuno escluso) a scopo di coordinare e distribuire i servizi secondo un unico concetto di assistenza pubblica;

3° di propugnare presso il Governo che le Opere pie e gli Enti pubblici possano contrarre mutui ad interesse di favore presso la Cassa depositi e prestiti come per tutti gli altri enti di pubblica utilità;

4° di organizzare un consorzio fra tutti gli enti amministrativi e bancari esistenti nella provincia (provincia, comuni, banche, opere pie, ecc.);

5° di propugnare, ancora presso il Governo per gli ospedali di Napoli lo stesso trattamento usato per gli ospedali di altre città;

6° e che in corrispondenza sia provveduto:

a) al definitivo riscatto in favore della assistenza ospedaliera dei locali ora adibiti ad altro uso;

b) alla riforma e trasformazione degli ospedali esistenti;

c) al loro ampliamento;

d) alla trasformazione del Policlinico anche in ospedale estivo;

e) alla costruzione sollecita dell'ospedale pei tubercolotici;

f) alla costruzione d'un ospedale nuovo;

g) alla costruzione di un ospizio pei depositari ed uno pei convalescenti;

h) a dare all'Amministrazione ospedaliera i mezzi opportuni per il recupero della spesa di spedalità ».

I provvedimenti invocati dànno un'idea esatta di quel che è lo stato di abbandono, d'indecenza, di insufficienza degli ospedali di Napoli.

E non si può fare a meno di plaudire a quel Consiglio che ha avuto il coraggio di togliere il velo col quale le passate amministrazioni avevano coscientemente e colpevolmente coperta la fetida piaga.

Pure non tutti i provvedimenti amministrativi, finanziari e tecnici proposti sembrano utili ed efficaci per una soluzione radicale e rapida del grave, incalzante problema.

Chiedere un'inchiesta sulle condizioni degli ospedali significa non avere una conoscenza esatta dello stato delle cose, che è pure così eloquente di per sè; significa voler procrastinare, rimandare agli archivî la questione. Di inchieste se ne son fatte già troppe con l'unico sicuro risultato di tacitare l'opinione pubblica e non risolvere nulla. Valga per tutte ricordare la inchiesta Saredo sulle Opere pie, che pure fu condotta da un uomo senza riguardi e senza pregiudizî, ed al quale Napoli deve gran parte del suo risanamento morale.

La unificazione di tutti gli ospedali per quanto teoricamente valga, come osserva l'ordine del giorno, a coordinare e distribuire i servizi secondo un unico concetto di assistenza, pure a Napoli ha già dato la pessima prova che deploriamo. Se c'è stato qualche ospedale che è sfuggito al marasma generale, è stato quello che si è potuto sottrarre all'incorporamento negli Ospedali riuniti.

D'altra parte l'ordine del giorno invoca e quindi ammette la riforma, la trasformazione, l'ampliamento degli attuali ospedali.

Ora dopo quanto si è detto sulle condizioni dei nosocomi napoletani è assurdo parlare di ampliamenti. Più che di ingrandimenti e di riforme bisogna parlare di soppressioni e di amputazioni generose. Come si può sostenere la risanabilità degli ospedali della Pace e di Loreto?

E lo stesso ospedale degli Incurabili se non merita l'abbattimento completo, che pure è stato invocato da qualcuno, deve subire tali radicali trasformazioni, tali eliminazioni da ridursi ad un ospedale di poche centinaia di letti.

Nè meno illusoria è la proposta che il Policlinico funzionando anche d'estate possa sopperire alle deficienze dell'assistenza ospitaliera. Anche quella del Policlinico è una quistione che va imposta e riveduta con criterî larghi e radicali.

La costruzione di questo edificio fu fatta con criterî così meschini, così falsi, che è necessario ritornarci su. Questo aborto mostruoso che risponde all'iperbolico nome di Policlinico è per situazione e per ampiezza inadatto allo scopo. Non è possibile mantenere l'ospedale clinico, l'insegnamento cattedratico in uno dei centri più rumorosi della rumorosissima Napoli.

Quell'edificio costruito con criterî sbalorditivi (giova qui ricordare che nel progetto si dimenticarono le latrine, che furono poi aggiunte come corpi avanzati durante la costruzione) può essere utilizzato tutt'al più come edificio scolastico. La proposta quindi fatta dall'on. professor Bianchi per la costruzione di un nuovo grande Policlinico non pare nè strana, nè inopportuna. Se si vuol dare decoro alle cliniche napoletane bisogna ritornare all'antico progetto Trinchese, che fu meschinamente abbandonato per contentarsi del pochissimo purchè ottenuto presto.

E sarebbe desiderabile che per la soluzione del problema ospedaliero non si segua la medesima falsariga. Certo l'indecente stato di cose non ammette dilazioni, ma è bene che una volta affrontata la quistione, venga risoluta con programmi larghi, radicali. Val meglio attendere, che perpetuare lo sconcio con adattamenti, che varrebbero solo ad addormentare l'opinione pubblica.

Il problema dell'assistenza ospedaliera a Napoli non si risolve che con la nuova costruzione di grandi ospedali. Tutto quello che c'è è solo in parte suscettibile di modificazioni, ed è già insufficiente ai bisogni di una così popolosa città. Chi deve provvedere al riguardo non può prospettarsi un programma minimo o un programma massimo, ma un programma integrale senza rinunzie e senza esagerazioni, che metta Napoli per l'assistenza ospedaliera al livello delle altre provincie d'Italia.

Ed è giusto che nel finanziare il programma si tenga conto che Napoli deve provvedere all'ospitalizzazione non solo dei proprî infermi, ma anche di quasi tutti quelli delle provincie meridionali dove l'assistenza ospedaliera è pressochè assente.

Mentre infatti nelle altre piccole provincie d'Italia si ha la media di circa 30 letti per ogni 10,000, nelle provincie meridionali tale media è di appena 5.

Ben vengano adunque per il mantenimento degli ospedali di Napoli le rendite delle minori Opere pie che sciupano il loro reddito in inutili ed antiquate pratiche religiose e festaiole, ma le provincie, i comuni del Mezzogiorno, lo Stato sappiano che la quistione degli ospedali di Napoli interessa loro direttamente e che essi son tenuti come Napoli stessa a provvedere ad un assetto decente, sufficiente dei nosocomi partenopei.

Perchè la questione sia risoluta è necessario che a Napoli sorga un grande ospedale per lo meno di 4000 letti, ma è necessario altresì che nei centri minori si vadano costruendo degli ospedali corrispondenti ai bisogni delle rispettive provincie. Solo così si provvederà a sgravare Napoli dei numerosi infermi dei paesi che fanno capo ad essa e si provvederà insieme a diffondere una conveniente assistenza sanitaria nelle infelici plaghe del Mezzogiorno.

Il problema è vasto ed il momento attuale è certo il meno propizio per la sua soluzione.

Quando le cure del Governo sono rivolte alla difesa di altri interessi, quando la finanza pubblica è esausta da altre e più urgenti spese, quando ogni attività è sospesa o è condizionata dalla previsione o dall'attesa di gravissimi avvenimenti, non si può legittimamente sperare che la sorte dell'assistenza ospedaliera di Napoli sia convenientemente considerata ed avviata ad una soluzione.

Ed è ben triste la sorte di Napoli che dopo cinquanta anni di amministrazione inetta o disonesta vede frustrati i propositi dei suoi amministratori una buona volta energici e coscienti assertori dei bisogni del paese.

Ad ogni modo il problema è stato imposto e non può essere non risoluto.

DRAGOTTI.

***

L'Ordine dei medici della provincia di Milano, convinto che il problema delle assicurazioni sociali, e specialmente l'assicurazione contro la malattia, l'invalidità e la vecchiaia dei lavoratori col triplice contributo: Stato, assicurato, imprenditori, è ormai maturo anche in Italia, e che il ritardarne la soluzione diventa opera oltrechè di cieca imprevidenza, sommamente dannosa all'economia nazionale; considerato che solo con l'assicurazine obbligatoria contro le malattie sarà possibile attuare una lotta efficace contro la malaria, la pellagra e specialmente contro la tubercolosi e dar vita rigogliosa a tutti quegli Istituti che tale lotta completano e perfezionano; tenuto conto che le gravi difficoltà d'indole economica nelle quali si dibattono oggi gli Istituti ospedalieri — che se insufficienti al fabbisogno ognor crescente dell'Italia settentrionale, mancano quasi del tutto nell'Italia meridionale — non potrà essere risolta che dalla Cassa di assicurazione contro le malattie; e parimenti considerato che la grave questione della condotta piena, contro la quale oggi i medici condotti sono giustamente insorti, verrebbe naturalmente risoluta; e tenuto conto che nelle campagne la beneficenza proveniente dalle Opere pie, amministrata coi vecchi sistemi elemosinieri in contrasto coi moderni concetti di assistenza legale del povero, potrebbe ricevere impulso e dire-

zione più rispondente ai bisogni dei lavoratori; dà mandato al Consiglio amministrativo di coordinare la propria opera con quella della Federazione degli Ordini e delle altre organizzazioni di categoria per sollecitare la discussione della legge sulla assicurazione obbligatora contro le malattie e l'invalidità dei lavoratori; vigilando affinchè nel soddisfacimento di un così vitale interesse collettivo non vengano sacrificati gl'interessi della classe medica.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5165) *Domestiche - Se hanno diritto a cura gratuita - Elenco dei poveri - Sostituzione di medici chiamati sotto le armi.* — Il Dott. V. B. da M. desidera conoscere: 1° se una donna che è sposata col solo vincolo religioso con persona non iscritta nello elenco dei poveri e che passa per domestica abbia diritto alla cura gratuita; 2° a chi si possa ricorrere contro la inscrizione nello elenco dei poveri di persone che, sebbene nullatenenti, ritraggono dal loro mestiere dalle cinque alle dieci lire al giorno; e 3° se due colleghi possano volontariamente lasciare il posto, ritenendosi in congedo perchè chiamati sotto le armi, lasciando a lui solo l'onere della supplenza nelle rispettive due sezioni.

La persona di servizio segue di ordinario la condizione sociale della famiglia che l'ospita, la quale ha l'obbligo di provvedere a proprie spese alla assistenza sanitaria di essa come di qualsiasi altra persona familiare. Se però la domestica avesse bisogno di cure non semplici, ma tali da non poter essere eseguite nella propria casa, non è obbligo del padrone il provvedervi. Si provoca, in tal caso, il ricovero in un ospedale e si pagherà la retta da chi di dovere a norma della legge sulle Opere pie e del domicilio di soccorso. Riteniamo, quindi, che la domestica cui allude nel quesito non abbia diritto, finchè è in casa, alla cura gratuita. In merito allo elenco dei poveri non può esser fatto ricorso di sorta. Alla compilazione di esso assiste il medico condotto e perciò questi non ha diritto a ricorrere pel caso in cui in esso siano stati inscritti individui, che possedevano buon reddito. Contro l'elenco dei poveri si può ricorrere unicamente per motivi di legittimità alla IV Sezione del Consiglio di Stato. Non è possibile ammettere che Ella sostituisca due colleghi, volontariamente sotto le armi. Manca il tempo materiale ed il servizio indubbiamente ne risentirebbe. Spetta al Comune di provvedere, non potendosi tali congedi assimilare a quelli ordinari annuali. Tutto al più pel primo mese si potrebbero, per la sostituzione, applicare le norme stabilite dal capitolato, ma pei mesi successivi dovrebbe indubbiamente provvedere il Comune, giacchè, come è risaputo, gli impiegati che trovansi sotto le armi sono pei primi due mesi considerati in congedo.

(5166) *Referto - Delitti colposi.* — Al Dottor G. D. da B. S. B. rispondiamo che abbiamo letto la sua monografia. Osserviamo che egli si occupa di una sola categoria di fatti delittuosi e, cioè, di quelli derivanti da infortunî sul lavoro, nei quali, come è naturale, il dolo, cioè, la volontà determinata di violare la legge sociale manca del tutto e per tale ragione sono chiamati semplicemente infortunî. È, però, innegabile che tutti gli altri delitti possono essere dolosi e colposi, che tanto gli uni quanto gli altri sono compresi nella lata dizione usata dal Codice penale, ed obbligano il sanitario ad eseguire il referto. Facciamo, infine, osservare che la denuncia che il capo od esercente l'impresa è obbligato a fare alla P. S. in caso di infortunio non esclude l'obbligo del medico a fare altrettanto verso l'autorità giudiziaria, essendo le due denunzie dirette a scopi diversi; la prima per accertare se l'esercente era in regola con la legge circa l'assicurazione degli operai e la seconda a prevenire la giustizia per metterla in grado di accertare eventuali responsabilità penali.

(5168) *Elettorato politico - Assenze.* — Il Dottor E. F. V. chiede conoscere se in caso di elezione politica l'Amministrazione comunale possa negargli il permesso di assentarsi per andare ad esercitare il diritto elettorale, se possa limitargli i giorni di permanenza fuori di residenza, se in caso di ballottaggio possa trattenersi tutto il tempo necessario alla bisogna ed a chi, in ogni cao, incomba l'obbligo della supplenza.

L'Amministrazione comunale non ha obbligo di accordarle il permesso per andare ad esercitare il proprio diritto elettorale. Può facoltativamente concedere il permesso di assentarsi per quei giorni che crede necessarî ed indispensabili, tenuto conto della distanza che intercede fra le due località e lo stato della salute pubblica nel comune. Così anche pel ballottaggio per il quale si concede ordinariamente il permesso di trattenersi *in loco* il tempo che decorre fra le due votazioni. Quando il Comune accorda il permesso della assenza deve esso provvedere alla spesa di supplenza.

(5169) *Zona di rispetto dei cimiteri.* — Il Dott. D. P. M. da M. C. chiede conoscere se oltre il muro di cinta di un pubblico cimitero vi debba essere qualche zona di terreno di

rispetto nella quale ha padronanza il Comune.

Non è obbligatoria la prescrizione di una zona di rispetto in adiacenza di un cimitero; zona che debba rimanere incolta e spoglia di alberi e di abitazioni. L'articolo 116 del vigente regolamento di polizia mortuaria però stabilisce che dal momento che un'area viene destinata a cimitero nel raggio di 200 metri attorno ad essa, non solo non possono innalzarvisi abitazioni umane, templi, fabbriche o pubblici stabilimenti, ma le stesse costruzioni ad uso di abitazioni o di riunioni sia permanenti che temporanee, ivi esistenti, non possono essere in alcun modo ingrandite. Non si parla di cultura agraria, che può, quindi, essere permessa.

(5170) *Ufficiale sanitario - Nomina definitiva.* — Il Dott. G. M. da L. di B. avendo fatto per due anni l'ufficiale sanitario ed avendo nel terzo anno cumulato tale carica con l'altra di medico condotto, chiede conoscere come debba regolarsi per ottenere la nomina definitiva di ufficiale sanitario ritenendosi in diritto di poterla ottenere, sia per i detti due anni senza la carica di condottato, sia per aver fatto i tre anni di buon servizio prima del 1912.

La legge tassativamente prescrive che può ottenere la nomina definitiva ad ufficiale sanitario colui che senza essere medico condotto abbia prestato, sebbene con nomine provvisorie tre anni di servizio prima dell'attuazione della legge 25 febbraio 1904. Non potendo Ella provare di aver prestati i prescritti tre anni di servizio solamente come ufficiale sanitario, non può aspirare alla nomina definitiva.

(5172) *Ufficiale sanitario parente di farmacista.* — Il Dott. N. C. da P. desidera conoscere se possa ritenersi incompatibile l'ufficiale sanitario che abbia un parente entro il 5° grado, che eserciti nel posto la farmacia.

Crediamo che la parentela entro il 5° grado civile con un farmacista non sia di ostacolo all'ufficiale sanitario per lo esercizio della sua carica. Nelle leggi vigenti in materia di incompatibilità la parentela è sempre considerata entro il 4° grado, cioè fra cugini.

(5173) *Pensione - Licenza.* — Il Dott. S. N. da R. V. desidera conoscere fra quanti anni potrà liquidare la pensione e quale pensione liquiderà e se può usufruire in questo anno di cinque giorni di licenza non goduti nel decorso anno 1914.

Se si è inscritto alla Cassa di previdenza fin dalla sua istituzione per modo che ha riscattati gli anni di servizio prestati prima della sua istituzione può andare in pensione fra altri otto anni e sei mesi. Liquiderà annue lire 922. I cinque giorni di congedo residuati dal decorso anno 1914 non possono essere chiesti in questo anno, giacchè il cumulo di congedi non è ammissibile perchè non consono agli interessi del servizio. La disposizione del capitolato secondo cui il congedo deve essere chiesto un mese prima, deve essere esattamente osservata, salvo casi di urgenza indilazionabili.

(5174) *Somministrazione gratuita di medicinali.* — Il Dott. A. B. da P. desidera conoscere se, secondo il disposto della legge, fra i medicinali che debbono essere gratuitamente somministrati agli infermi poveri, risultino pure le specialità come l'Emulsione Scott, Pitiecor, ecc.

La legge nulla dice in proposito. È da ritenere però che debbano essere escluse le specialità costose e ciò in considerazione che trattasi di una prestazione caritativa e che i danari dei contribuenti devono essere spesi in cose di prima ed assoluta necessità e non in cose di lusso.

(5176) *Congedi.* — Il Dott. abbonato n. 5107 desidera conoscere se essendo stata nell'anno testè decorso sospesa per ragioni sanitarie dal prefetto la concessione dell'annuale congedo ai medici condotti, possa chiedere uno speciale compenso per il congedo perduto.

La concessione del congedo annuale è subordinata alle condizioni della pubblica salute nella località, imperocchè l'interesse privato della vacanza non può mai prevalere a quello generale ed assoluto della salute pubblica. Il decreto del prefetto, con cui si sopprimevano i congedi va, quindi, considerato come caso di forza maggiore, che non dà diritto a ripetizione di danni a carico del Comune, cui non si può nulla rimproverare per non aver potuto fare la concessione permessa dal capitolato.

(5177) *Cura gratuita - Elenco dei poveri.* — Al Dott. R. C. da M. rispondiamo che l'individuo che forma oggetto del suo quesito non può essere ritenuto come povero perchè non è compreso nel relativo elenco. Deve, quindi, pagare la cura e l'assistenza sanitaria che ha ricevuto. Nè può escluderlo dall'obbligo del pagamento la concessione fattagli dal Municipio di tutto l'occorrente per la cura stessa, perchè tale concessione gli fu fatta certamente per altre considerazioni e non solo per la povertà, perchè se fosse stato effettivamente povero sarebbe stato, a suo tempo, inscritto nel relativo elenco.

(5178) *Pensioni.* — Al Dott. F. B. da T. rispondiamo che tenuto conto del contributo plurimo pagato per 10 anni e del versamento volontario di lire 100 pagato per altri 18, 19 o 20

anni, liquiderà complessivamente l'annua pensione di lire 1473.26 dopo 28 anni di servizio, quella di lire 1612.89 dopo 29 e quella di 1787.19 dopo 30.

(5180) *Rinomina dopo licenziamento - Acquisto della stabilità.* — Il Dott. A. B. da M. espone che nel 1911 fu licenziato per fine di prova, senza motivazione. Nel febbraio 1915 fu, in seguito a concorso nominato novellamente medico della medesima condotta. Chiede conoscere se possa ritenersi stabile fino da questo momento.

L'articolo 33 della vigente legge sanitaria dispone testualmente che il medico condotto licenziato durante il periodo di esperimento e poi riassunto in servizio nello stesso Comune, con o senza interruzione, congiunge al nuovo il precedente servizio agli effetti del compimento del periodo di prova. Avendo Ella servito già per due anni prima della nomina attuale, non sembra dubbio che, ricongiungendo i due periodi abbia a questa ora già acquistata la stabilità.

(5181) *Visita delle carni da macello - Sostituzione del veterinario.* — Il Dott. G. P. da P. desidera conoscere se essendo stato chiamato sotto le armi il veterinario comunale, sia egli, come ufficiale sanitario, obbligato a visitare le bestie e le carni da macello e, nella negativa, quale compenso possa ragionevolmente pretendere.

L'ufficiale sanitario è per legge tenuto a supplire il veterinario nella ispezione delle carni da macello in quei Comuni ove non esiste il funzionario. Ma ove il veterinario è istituito, l'ufficiale sanitario non è a nulla obbligato e se fa il servizio che al titolare compete, ha diritto a speciale compenso. Nel caso esposto il veterinario è impiegato in codesto Comune. Se il titolare della condotta fu chiamato sotto le armi deve ritenersi in congedo e pei primi due mesi la surrogazione è a carico del Comune dovendo il richiamato ricevere per tal periodo di tempo, integralmente lo stipendio che gli è dovuto. Se Ella, quindi, in tali condizioni sostituisce il collega ha diritto a farsi pagare. Circa l'ammontare del compenso non possiamo pronunciarci, perchè esso dipende da molte e svariate circostanze contingenti locali, che sono inapprezzabili da chi non si trova sul posto.

(5183) *Pensioni.* — Il Dott. G. G. da G. M. desidera conoscere se agli effetti della pensione per un medico condotto vengono computati gli anni di servizio prestati in antecedenza come assistente ordinario in una Regia clinica.

L'articolo 19 del testo unico delle leggi sulle pensioni dei medici condotti tassativamente dichiara che per gli effetti delle pensioni si cumula il servizio prestato successivamente dal sanitario in diversi Comuni, Provincie od istituti di beneficenza, ovvero presso lo Stato, purchè non abbia altrimenti diritto a pensione. E poichè il servizio di assistenza a clinica governativa non dà per conto proprio diritto a pensione non crediamo dubbio che possa valere quel periodo di servizio come utile agli effetti della pensione da medico condotto.

(5184) *Onorarii per le perizie giudiziarie intermedie.* — Il Dott. N. B. da A. desidera conoscere a chi dovrebbe rivolgersi nell'interesse proprio e degli altri colleghi locali perchè la nuova giusta disposizione stabilita dal Ministero di grazia e giustizia circa le perizie giudiziarie fosse adottata anche in quella Pretura.

Il migliore e più efficace modo di provvedere, vi è quello di interessarne lo stesso Pretore il quale qualora non fossero ancora giunte disposizioni al riguardo, potrebbe chiederne ai propri superiori, allegando la già avvenuta pubblicazione della circolare presso altri uffici giudiziari del Regno.

(5185) *Nomina ad ufficiale sanitario senza concorso.* — Il Dott. abbonato n. 2250 esponendo che un libero esercente fu incaricato nel luglio 1912 del servizio quale ufficiale sanitario, chiede conoscere se il Prefetto potrà nominarlo definitivo dopo il luglio prossimo cioè, quando avrà computi tre anni di servizio.

La nomina definitiva, che si desidera non è possibile, perchè i tre anni di servizio debbono essere prestati prima dell'attuazione della legge 1904, cioè, prima del 1912 e non dopo. Contro tale nomina si può ricorrere o alla IV sezione del Consiglio di Stato in sede contenziosa, allegando l'avvenuta violazione dello articolo 206 del vigente testo unico delle leggi sanitarie o, per lo stesso motivo, a S. Maestà il Re con ricorso straordinario ai sensi dell'articolo 2, n. 4, della legge del Consiglio di Stato. Trattasi di provvedimento definitivo che non ammette ricorsi in linea gerarchica. Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

MILANO. — Il prof. dott. Giovanni Manara, libero docente di clinica pediatrica, è stato nominato consulente specialista del Comune per le malattie dei bambini.

JENA. — Il dott. Abel, consigliere aulico, addetto all'Ufficio imperiale per le malattie infettive è stato chiamato in qualità di ordinario a dirigere l'Istituto d'igiene.

Al suo posto è subentrato il consigliere aulico dott. Lenz.

PARIGI. — L'Accademia di medicina ha eletto membro associato il principe Alberto di Monaco e membro corrispondente il dott. Laurent di Bruxelles.

CONDOTTE E CONCORSI.

ARROSCIA (*Porto Maurizio*). — A tutto il 20 aprile; L. 2500 più L. 350 per i servizi ostetrici e di ufficiale sanitario.

ATELETA (*Aquila*). — Condotta generalità 3500 ab., L. 2500 p. poveri; L. 950 p. gli abbienti, L. 200 quale u. s. L'Amministr. com. assume formalmente l'obbligo di attenersi alla graduatoria della Commissione. Scad. un mese dal 10 apr.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico consorziale di vigilanza igienica. Vedi fasc. 13. Scad. ore 12 del 15 giugno.

AZZANO DECIMO (*Udine*). — A tutto 10 maggio, primo riparto, soli poveri, L. 3000 lorde e L. 800 per indennità cavallo. Eventuale assegno di L. 300 per le funzioni di U. S.

BASALUZZO (*Alessandria*). — Condotta piena; L. 3700 lorde; due sessenni. Scadenza 25 aprile. Vedi fascicolo 15.

BASSANO (*Vicenza*). — Primo reparto, L. 2600. Poveri circa 1500. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Scad. 26 aprile.

BRESCIA. *Amministrazione Ospedali civili.* — Medico assistente; L. 1400 nette di R. M.; nomina semestrale, conferma triennale; alloggio o indennità di L. 150 annue, L. 5 e vitto nei giorni di guardia. In corso deliberazioni per miglioramento di stipendio, ecc. Scad. 10 maggio. Servizio entro 20 giorni.

CANNOBIO (*Novara*). *Opera Pia Uccelli.* — A tutto maggio, servizio Ospedale e poveri di Cannobio e Traffiume; L. 2000 lorde. Pratica trienn.

CARPIANO (*Milano*). — Condotta libera; lire 3700, abitazione, tre sessenni. Scad. 10 maggio.

CASTELFRANCO VENETO (*Treviso*). *Ospedale Civile.* — A tutto 30 aprile, medico chirurgo assistente; L. 1800 lorde di R. M., alloggio, percentuale sui proventi delle operazioni. Età massima 40 anni. Nomina e conferme biennali.

CASTELLEONE DI SUASA (*Ancona*). — Condotta semiresidenziale; L. 4450 lorde e tre sessenni; L. 150 se ufficiale sanitario. Servizio entro 15 giorni. Scadenza 25 aprile.

CASTELLETTO MERLI (*Alessandria*). — Condotto pei poveri ed uff. san. (esclusa la frazione Casalino); L. 2500 lorde. Ab. 1841. Scad. 30 aprile.

COMO. *Deputazione Provinciale.* — Medico primario; L. 4500 lorde dell'i. R. M.; tre quadrienni e due quinquenni del decimo; pensione. Titoli scientifici e pratici. Età limite 40 anni al 30 apr., s. e. r. Servizio entro 30 giorni. Scadenza ore 16 del 30 aprile.

COPPARO (*Ferrara*). — Condotto poveri frazione di Coccanile; L. 3200 lorde e L. 600 per obbligo di cav.; assicurazione. Assunzione entro 10 giorni. Scadenza 30 aprile.

CORTANDONE (*Alessandria*). — Condotta poveri; L. 1000. Entro il 22 aprile.

FERMIGNANO (*Pesaro-Urbino*). — Condotto; L. 4000 lorde senza obbligo cav. Richiedere schiarimenti. Scad. 25 aprile.

FIASTRA (*Macerata*). — Condotta semiresidenziale; L. 4800 lorde, ivi comprese L. 700 per indennità cavalcatura e L. 100 quale U. S. Tre decimi sessenn. Assic. infortuni. Scad. 22 aprile.

FRASSO SABINO (*Perugia*). — Condotto; L. 2800 lorde con due sessenni di L. 100 e compenso di L. 200 per a. f. Assunzione fra dieci giorni dalla nomina. Scadenza 10 maggio.

JATRINOLI (*Reggio Cal.*). — Condotta, alle ore 14 del 10 maggio, età limite 45 anni; L. 2000 e aumenti del decimo per ogni sessennio di servizio effettivo; L. 200 per la frazione di S. Martino.

LOMAZZO-CIRIMIDO (*Como*). Linea ferroviaria Como-Milano. Consorzio. — Condotta piena, abitanti 4653, stipendio L. 5100 lorde più 3 aum. sessennali, residenza Lomazzo. Scade 30 aprile.

MALONNO (*Brescia*). — Al 30 aprile condotta; L. 4273.77, al lordo della R. M.; generalità 2520 ab.; U. S. e gestione a. f.

* MARRADI (*Firenze*). — Terza sezione, residenza a Casale di Lutirano; L. 4500 lorde, popolazione 2400. Scadenza 30 aprile .

MEDICINA (*Bologna*). — Condotta piena di Portonovo; 2000 ab.; L. 4400 lorde; 4 sessenni; assicurazione. Scadenza 20 aprile.

MONTECOPIOLO (*Pesaro*). — Condotta semiresidenziale (cura poveri e semi abbienti); L. 4770 lorde e tre sessenni; L. 150 come uff. san.; L. 80 per a. f.; abitazione; assicur.; ecc. Obbligo cav. Scadenza 30 aprile.

* MONTECOSARO (*Macerata*). — Seconda condotta, in prevalenza chirurgica; età limite 40 anni; L. 3500 lorde per la generalità; aumento di lire 300 in corso d'approvaz.; L. 700 per cav.; L. 200 per supplenza. Abitanti 3650. Servizio entro 15 giorni. A tutto 5 maggio.

* MONTEFALCO (*Perugia*). — Una delle due condotte per la generalità; L. 4400 lorde. Scadenza 30 aprile.

MONTESPERTOLI (*Firenze*). — Fino al 10 maggio, prima condotta residenziale; assegno di L. 2500, aumentabili per tre sessenni, più L. 700 indennità cav., L. 150 di supplenza, se anche non avviene, L. 300 qualora rinunzi ad applicare la doppia tariffa per le chiamate di notte fuori del capoluogo ed agli abbonamenti fuori condotta; assicurazione, ecc.

MONTE S. PIETRO (*Bologna*). — A tutto il 30 aprile. Residenziale. Ab. 2890. Poveri circa 500. Stipendio L. 3400 con quattro sessenni. Indennità cav. obblig. L. 800.

MURAVERA (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 4400 lorde, oltre L. 225 pei carcerati. Scadenza 24 aprile.

NAPOLI. *Pio Luogo dell'Annunziata.* — Concorso per titoli a batteriologo, fra laureati in medicina e chirurgia; L. 1400 lorde. Richiedere schiarimenti alla Segreteria. Scad. 30 aprile.

NARNI (*Perugia*). — Condotte di Capitone e Guadamello; a tutto 30 apr. Abit. 1500 e 1250. L. 2400 p. poveri, con tre sessenni; L. 800 p. gli abbienti; L. 750 per la cav., obbl.; L. 100 alla 1ª cond. per l'a. f.; L. 200 alla 2ª cond. per l'alloggio. Servizio entro 20 giorni.

ORCIANO DI PESARO. — Condotta piena del capoluogo; L. 4300 lorde di cui 2400 pei poveri, L. 800 per gli abbienti, L. 700 per indennità cav., L. 100 per U. S. e L. 300 per indennità operazioni alta chirurgia. Due sessenni. Assicurazione. Scadenza 5 maggio.

PALAZZONE (*Siena*). — Condotta 3° reparto. Scadenza il 20 aprile.

PARMA. *Casa Penale*. — Sanitario; assegno di L. 1800 lorde. Vedi fasc. 15. Scad. 30 aprile.

PECCIOLI (*Pisa*). — Condotta residenziale di Legoli-Ghizzano. Ab. 2283; poveri 430; L. 2500; due sessenni; indennità cav.; L. 750. Proventi professionali L. 3000. Scadenza 25 aprile.

* PIANDIMELETO (*Pesaro*). — Condotta consorziale 1° reparto; L. 5187.50; sessenni. Vedi fascicolo 15. Scadenza 10 maggio.

* PIZZOCORNO (*Pavia*). — Condotta consorziale; L. 4400. Scad. 20 aprile.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta di Nuvolato; ettari 1533; ab. 600 riuniti e 2025 sparsi; L. 3000 lorde e tre sessenni, per i poveri; L. 600 per carrozza e cavallo. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dal 27 marzo.

RIOLO DEI BAGNI (*Ravenna*). — Sino alle ore 12 del 2 maggio p. v. Condotta del 1° Riparto. Residenziale, L. 2300. Indennità cav. obblig., L. 700. Due sessenni. Residenza nel capoluogo. Frequentatissimo stabilimento idroterapico.

ROMA. *Ferrovie dello Stato* (Direzione generale). — Concorso per titoli a 29 posti di medico di riparto per i riparti sottoindicati:

Aosta con residenza ad Aosta — Pianfei, ivi — Trino Vercellese, ivi; L. 160 - per i quali la domanda deve essere rivolta all'Ufficio sanitario di Torino = Bellinzago, ivi; L. 60 — Coccaglio, ivi — Ispra, ivi — Lerino II, Grumolo delle Badesse; L. 100 — Meina, ivi — Ospitaletto Bresciano, ivi - per i quali la domanda di partecipare al concorso deve essere rivolta all'Ufficio sanitario di Milano = Ceregnano, ivi; L. 180 — Corticella, ivi; L. 240 — Gambettola, ivi — Gonzaga Reggiolo I, ivi; L. 60 — Isola della Scala, ivi; L. 400 — Montepescali, ivi; L. 540 — Nogara I, ivi; L. 160 — Roncanova di Gazzo Veronese, ivi; L. 160 - per i quali la domanda dev'essere rivolta all'Ufficio sanitario di Firenze = Albacina, ivi; L. 500 — Tivoli I, ivi; L. 680 - per i quali la domanda dev'essere rivolta all'Ufficio sanitario di Roma = Acquaviva delle Fonti, ivi; L. 240 — Aversa, ivi — Campolattaro, ivi; L. 120 — Fasano, ivi; L. 480 — Marcianise, ivi; L. 80 — Otranto, ivi; L. 320 — Trebisacce, ivi; L. 800 - per i quali la domanda dev'essere rivolta all'Ufficio sanitario di Napoli = Sant'Agata di Militello II, ivi; L. 360 — Mazzara del Vallo, ivi; L. 460 - per i quali la domanda dev'essere rivolta all'Ufficio sanitario di Palermo. Gli eletti hanno l'obbligo di risiedere nei luoghi per ogni riparto rispettivamente indicati. I vincitori del concorso avranno diritto ai biglietti permanenti e per un solo viaggio, nonchè al pagamento dei certificati per infortunio, ai sensi del regolamento (articoli 51 e 55). La domanda dovrà pervenire agli Uffici sanitari indicati, non più tardi delle ore 17 del giorno 30 aprile 1915; dovrà essere redatta su carta da bollo da L. 1.25, in conformità a modello, e corredata dei documenti.

ROVIANO (*Roma*). — Condotta; ab. 1204; lire 3500 lorde e tre sessenni; L. 100 quale u. s.; L. 200 per l'a. f. Scad. 30 giorni dal 10 aprile.

SANFIORANO (*Milano*). — A tutto il 25 aprile. Stipendio L. 3500 con tre aumenti sessennali, L. 100 indennità u. s.; L. 25 indennità illuminazione ambulatorio. Metà affitto alloggio pagato dal Comune.

S. MAURO MARCHESANO (*Catanzaro*). — A tutto il 30 aprile concorso al posto di medico-chirurgo-ostetrico pei soli poveri, con lo stipendio annuo di L. 2000 lorde. Popolazione riunita abitanti 1839. Per schiarimenti rivolgersi al sindaco.

TAVARNELLE IN VAL DI PESA (*Firenze*). — Condotta al capoluogo (876 su 3763 ab.); soli poveri; kmq. 0.20; L. 2300 e quattro sessenni; L. 400 per cav., L. 150 quale U. S., L. 700 dall'Amministrazione dell'Ospedale Naldini, lorde. Scadenza 27 aprile.

TEGIANO (*Salerno*). — Una delle due condotte; L. 1700 pei poveri, L. 200 per gli abbienti, oltre L. 1400 d'indennità di residenza, e L. 100 come Uff. San. se il vincitore del concorso è fornito di tale titolo. Scadenza 20 maggio.

VALLECORSA (*Roma*). — A tutto il 30 aprile condotta generalità; L. 3400 oltre L. 100 quale U. S., lorde di riten. R. M. Ab. 4415 agglomer.

VEROLAVECCHIA (*Brescia*). — Condotta esterna. Ab. 3984. Cura piena; L. 3000 per i poveri, L. 844 per gli abbienti, L. 750 per il mezzo di trasporto; tre sessenni, lorde. Scad. 27 aprile.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide: Rodda e Tarcetta (Udine); Consorzio Briosco e Ospedale Annoni (Milano), Pizzocorno-Cecina-San Ponzo-Trebbiano [Molino del Conte] e Portalbera (Pavia), Pino Torinese (Torino), Locate Triulzi (Milano).

Rinnovamento di diffida: Montecarotto (Ancona).

Nuovo boicottaggio: Piegaro (Perugia).

Revoca di diffide: Pozzoleone (Vicenza), Fermignano (Pesaro-Urbino).

Ci si comunica:

Il sottoscritto presidente della Sezione Provinciale Milanese dei medici condotti prega di voler pubblicare che il concorso di Locate Triulzi, prov. di Milano, è diffidato: 1. Perchè la condotta è piena non ostante che nell'avviso di concorso si sia ad arte taciuto se il concorso sia per l'assistenza dei soli poveri, o per la generalità degli abitanti, mentre effettivamente come si è detto, la condotta è piena; 2. Perchè lo stipendio è meschino.

Ringraziando vivamente, dev.mo

Dott. Ezio Ferretti.

La Sezione Fanese revoca il boicottaggio contro il Comune di Saltara, avendo ottenuto piena soddisfazione pel collega dott. Frontaloni.

Revoca la diffida al concorso di Montecopiolo per aver quel Comune accettato il patto di condotta semiresidenziale.

Proclama la diffida al concorso di Montemaggiore al Metauro perchè ha cura piena.

NOTIZIE DIVERSE.

Per gl'Istituti di clinica e di patologia.

Il ministro della P. I., on. Grippo, ha sottoposto al Consiglio dei ministri, e questo ha approvato, il regolamento amministrativo degli Istituti clinici e di patologia universitari. Il progetto di regolamento è stato compilato da una apposita commissione e si concreta in uno schema-tipo di convenzioni da sostituire, caso per caso, a quelle attualmente in vigore con gli Enti ospedalieri, per la somministrazione di quanto occorre all'insegnamento medico chirurgico. Col nuovo regolamento, in sostanza, si separano nettamente la gestione delle cliniche universitarie e quella dei reparti ospedalieri comuni, e si dà ai professori clinici, insieme ad una più larga autonomia, una maggiore responsabilità amministrativa e finanziaria.

L'assemblea dell' "Alleanza Antitubercolare Romana".

Il 26 marzo si è riunita l'assemblea generale dei rappresentanti delle Istituzioni pubbliche e private, appartenenti all' « Alleanza romana contro la tubercolosi ». Il benemerito presidente Tamburini comunicò la relazione morale e finanziaria accompagnante il bilancio preventivo del 1915 che fu particolarmente illustrato dal consigliere delegato all'Amministrazione, professore comm. Caruso. Coll'approvazione del bilancio fu pure approvata l'autonomia della « Colonia Scuola Regina Elena » per i fanciulli predisposti e conviventi con tubercolosi, con bilancio e Commissione propria, da erigersi quanto prima in ente morale, e la costituzione dell'Alleanza in Comitato romano della Lega nazionale contro la tubercolosi.

Furono quindi riconfermati i membri scaduti per anzianità della Commissione centrale dell'Alleanza, a cui furono aggiunti due nuovi membri, il prof. senatore Ettore Marchiafava e il dott. comm. Angelo Pavone. Fu poi eletta la Commissione per la « Colonia Scuola Regina Elena » resa autonoma, che risultò composta della contessa Guglielmina di Campello, della marchesa Cristina Honorati Colocci, del senatore Ettore Marchiafava, del prof. comm. Francesco Caruso e del dott. prof. Aristide Ranelletti. Fu approvato anche l'operato della Commissione centrale per la prossima istituzione di una grande « Colonia profilattica campestre », che ricoveri gran numero di bambini predisposti e conviventi con tubercolosi, che si spera, colle somme accantonate dall'Alleanza e dalla benemerita Cassa di risparmio e coi sussidî del Municipio e di altri enti pubblici e di privati benefattori, possa divenire presto un fatto compiuto, onde attuare su larga scala la difesa di tanta parte della misera infanzia dal fatale contagio della tubercolosi.

Comitato per l'organizzazione civile.

Presieduta dall'on. conte Rasponi si è riunita la Commissione del Comitato romano per l'organizzazione civile in caso di mobilitazione, che si occupa specialmente dell'assistenza sanitaria, ed ha iniziato il lavoro di organizzazione e di propaganda.

Erano presenti i senatori Marchiafava, Gui, Torlonia, la marchesa Patrizi, la signora Stringher, i commendatori Rossi-Doria, Borromeo, Jaccarino, il dott. De Filippi, ecc.

Oggetto di speciale discussione è stata la ricerca di medici, infermieri, portantini e serventi di corsia, occorrenti per colmare i vuoti lasciati da una possibile mobilitazione ed anche dalle necessità derivanti da un più intenso lavoro negli ospedali e nei vari luoghi di cura.

La Commissione ha deliberato, fra l'altro, di diramare una circolare per aprire le iscrizioni fra tutti coloro che, nei diversi rami dell'assistenza ospitaliera, dai più umili ai più elevati, intendono volontariamente offrire l'ausilio efficace dell'opera loro.

La Commissione per l'assistenza sanitaria ha la sua sede in via Nazionale, palazzo delle Belle Arti.

Vaccinazioni antitifiche nell'esercito e nella marina.

È stata ultimata la produzione del vaccino antitifico per l'esercito e per la marina.

A tutte le richieste fatte dai vari Comandi di corpo d'armata si è potuto dar corso sollecitamente. Salgono a 600,000 i militari vaccinati.

Il solo laboratorio batteriologico della Direzione della sanità, che per la prima volta veniva adibito alla fabbricazione di vaccini, ha potuto dare, sotto la direzione del prof. B. Gosio una produzione media di trentamila dosi giornaliere.

Corsi di assistenza ai malati e feriti.

A Firenze si è tenuto un breve corso speciale sulla preparazione e difesa sanitaria dell'esercito col seguente programma: Tecnica di chirurgia in guerra, prof. Enrico Burci; Osservazioni e pratica di chirurgia in guerra, prof. Bartolo Nigrisoli (Bologna); Traumatologia di guerra, prof. Gerolamo Gatti; Profilassi delle malattie infettive nell'esercito, con speciale riguardo alla pratica vaccinale antitifica, prof. Alessandro Lustig.

A Camerino è stata istituita una scuola per le dame infermiere; ne sono insegnanti il professor Gallerani per la fisiologia, il dott. Feliciani per l'anatomia, il prof. Pacinotti per la patologia, il dott. Castriota per la farmacologia, il prof. Ferraresi, direttore della Scuola di ostetricia, per le nozioni sugli ospedali e sulle regole antisettiche.

In un ospedale di Berlino è morto di tifo petecchiale, contratto in un campo di concentrazione russo ad Amburgo, il prof. **George Cornet**, il notissimo studioso della tubercolosi. Apparteneva all'Istituto per le malattie infettive fondato dal Koch.

Apprendiamo all'ultimo momento che di tifo esantematico è morto anche **Friedrich Löffler**, lo scopritore del bacillo difterico, già ordinario d'igiene a Greinswald, poi succeduto a Roberto Koch nella direzione dell'Istituto per le malattie infettive. Aveva 63 anni.

Nella classe medica tedesca la letale malattia ha già fatto molte vittime, tra cui sono alcune personalità di alto valore scientifico: v. Prowazek, Cornet, Löffler. Il nostro rimpianto a questi martiri del dovere!

Rassegna della stampa medica.

La Clin. Med. It., dic. ROSSI e ALBERT: Gli elementi azzurrofili nelle intossicazioni. — MARCIALIS: Riflessi vascolari nei disturbi delle secrezioni interne. — GHEDINI: Sui morbi endocrini. — VALLARDI: Il ricambio nel fosforismo cronico.

La Nuova Riv. Clin.-Ter., 31 dic. RICCIARDI: Sulla enterocolite cronica muco-membranosa.

Zbl. f. Ther., dic. BUXBAUM: L'idroterapia delle malattie infettive nella pratica.

La Pratica oto-rino-laring., 31 dic. BRUZZONE: La cura dell'otite media purulenta nell'infanzia.

The Boston M. a. S. Journal, 31 dic. STONE: La temperatura subnormale nella tubercolosi. — DUFFY: La coccigodinia.

Giorn. di Psich. clin. e Tecn. manicom., I-II, BEFANI: Malattie ginecologiche e malattie mentali. — GATTI e VALENTI: Terapia metatrofica nell'epilessia. — TANFANI: Sulla decima costa fluttuante.

L'Attualità Med., dic. ROLLIER, VIGANÒ, HAJECH: Sull'elioterapia. — PISANI, TOMASELLI: Terapia pneumotoracica.

Clin. Dermosifilopatica della R. Univ. di Roma, genn. QUINTARELLI: Azione dei raggi X su alcuni trapianti cutanei. — DELZOTTI: Stasi ed edema sperimentale in alcune dermopatie.

Mediz. Klinik, 27 dic. NORDMANN, JOCHMANN, STRAUSS: Sulla cura dei feriti e dei malati in guerra.

Zbl. f. inn. Med., 2 genn. JAKSCH: Decubito e bagno permanente.

Zbl. f. Chir., 2 genn. NARATH: Sull'anastomosi arteriovenosa della porta dopo legatura dell'arteria epatica.

Dermat. Woch., 2 genn. SCHUMACHER: Nitrato d'argento o albuminato d'argento?

Riv. Sanit. Sicil., 1° genn. VETRANO: I composti di rame nella terapia del tracoma.

La Riv. Med. Pugliese, 1° genn. BIANCHINI: Lesioni della pelle e del cellulare sottocutaneo da contusioni multiple ripetute.

Journ. des Praticiens, 2 genn. GILBERT: Cura del paludismo acuto e del paludismo cronico. — ROBIN A.: I metalli colloidali. — LEREDDE: Gli accidenti da salvarsan. — BABINSKI: Paralisi facciale d'origine auricolare.

Paris Médical, 2 genn. HARTMANN: Chirurgia di guerra. — DOPTER: La prevenzione del colera.

La Rif. Med., 2 genn. RUMMO: Casi di appendicite. — MARAGLIANO V.: Apparecchio per il controllo degli sfigmomanometri.

Ann. di Ostetr. e Ginec., dic. AYMERICH: Confronti fra la reazione di Hermann-Perutz e la reazione di Wassermann in gravidanza.

Biochim. e Ter. Sperim., n. 9. MELLO: Ricerche sulle tossine elmintiche. — DEZANI: Ricerche sulla nutrizione alipoidea.

Arch. di Farmac. e Sc. aff., 15 dic. PAOLUCCI: Azione dei grassi sulla tossicità della stricnina.

Ann. di Nevrol., IV. BALDI: Il subcosciente nella genesi dei fenomeni traumo-nevrosici.

Ann. di Medic. Nav. e Col., dic. INTRITO: L'obesità. — BARBARA: Identificazione delle Leishmanie.

La Pediatria, genn. VAGLIO: Insufficienza glandolare endocrina ed eredosifilide. — RUTELLI: Terapia della meningite cerebro-spinale epidemica. — SAVVETTI: Cutireazione di von Pirquet. — ADAMO: Tubercolino-terapia.

Mediz. Klinik, 3 gennaio. ROTTER, NORDMANN, HAMMER, ORTH: Chirurgia di guerra.

Berl. klin. Woch., 4 genn. KIRCHNER: La guerra e i medici. — TEUTON: Vita sessuale e malattie sessuali degli eserciti in campagna. — HIRSCHFELD e DUENNER: Diagnosi differenziale tra sepsi e leucemia acuta. — WESTENHOFER: Sulla pneumonite dispnoica da contusioni.

The Journ. of Trop. Med. a. Hyg., 1° gennaio. CANSLIE: La flessura sigmoidea allo stato di salute e di malattia.

The Practitioner, genn. Numero sulle secrezioni interne.

The Lancet, 2 genn. EVE: Sulle pancreatiti. — SHEN, FITZ-MAURICE, KELLY: Chirurgia militare.

Riv. crit. di Clin. med., 2 genn. VILLA SANTA: Sulla pleurite metaepatica da colelitiasi. — SBROCCHI: Il cardiopalmo.

Pensiero Med., 3 genn. PORTA: L'incisione crociata delle pareti addominali nell'epicistotomia. — AUTORE: Il prolasso dell'uretra muliebre e la sua cura.

Gazz. d. Osp., 3 genn. GHEDINI: Le mielosi aleucemiche eritroblastiche dal punto di vista clinico.

Allg. Wien. med. Zeitung, 5 genn. PISEK: Diagnosi e profilassi del tifo petecchiale.

Pathologica, 1 genn. TORI: Sulla patogenesi della colelitiasi.

Il Cesalpino, 1 genn. VIVIANI: Autosutura della vulva per simulazione di verginità. — CASAROTTI: Sulla pneumonite traumatica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.
L. Pozzi, resp.

Anno XXII. Roma, 25 aprile 1915 Fasc. 17

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AVVISO agli ABBONATI

In questa settimana inizieremo e continueremo giorno per giorno la spedizione del nostro premio ordinario del **1915**

Manuale di OTO-RINO-LARINGOIATRIA

a tutti quegli associati che hanno anticipatamente pagato l'intero importo del proprio abbonamento del corrente anno, più i **50** centesimi per le prescritte spese di affrancazione e raccomandazione del premio stesso.

Sarà spedito anche a quegli Associati che autorizzarono la nostra Amministrazione ad inviar loro detto premio gravato di assegno pel dovuto importo d'abbonamento e per tutte le diverse accesorie tasse postali occorrenti.

NB. Coloro pertanto che inviarono il solo importo di abbonamento, dimenticando i centesimi 50 per le spese dispedizione del premio, sono pregati di mandarceli subito a mezzo di Cartolina-Vaglia, se desiderano che il volume venga loro immediatamente inviato.

L'Amministratore

Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46 - Roma.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
IV Padiglione diretto dal prof. T. GUALDI.

Pseudotetano da setticoemia diploococcica

per il dott. TOMMASO PONTANO, medico aiuto.

La dimostrazione dell'unità etiologica in alcuni quadri morbosi, che la nosografia avea nettamente distinti, la prova della molteplicità delle cause d'una stessa sindrome in individui diversi, sono state fornite dall'indagine di laboratorio, utile ausilio della clinica, nell'accertamento diagnostico: processi flogistici cronici furono così definitivamente divisi e differenziati dai neoplastici; raggruppati d'altra parte, l'infezione tifosa, la streptococcica, la diploococcica, in capitoli ricchi di quadri morbosi generali e di peculiari manifestazioni. Si rinnova e si completa in tal modo la multiforme fisionomia delle malattie, che sono l'eterno problema della clinica umana, e più che perdere della sua importanza, la casistica spinge ed indirizza al controllo di laboratorio, nella ricerca delle cause morbose, le quali rendono razionali e non empirici i mezzi di terapia.

Nel capitolo delle sindromi tetaniformi, che il clinico sa identificare per segni preziosi, già da tempo acutamente analizzati, un velo di oscurità avvolge ancora i problemi della patogenesi e dell'etiologia; una nostra osservazione, si presta a mettere in luce un raro aspetto del problema etiologico.

A... P... di anni 77, pizzicagnolo. La moglie non ha avuto aborti, bevitore modico, nega lues, non ricorda malattie degne di nota nel suo passato.

È stato ricoverato nel gennaio 1913 nel Policlinico (IV Padiglione), per polmonite crupale; dimesso, dopo un mese e mezzo di degenza (8 febbraio 1913), guarito. Dalla scheda clinica si rileva che la polmonite avea colpito il lobo superiore destro; la crisi febbrile si era avuta in IX giornata, la risoluzione del blocco pneumonico era stata tardiva, e, anche quando l'ammalato era uscito dall'ospedale, persisteva modica riduzione di suono sull'apice destro, all'ascoltazione il murmure era fievole, il respiro soffiante, con scarsi rantoli inspiratori, piuttosto sonori.

Rientra nell'ospedale il 25 marzo 1914, a circa un anno di distanza: poco sa dire sull'inizio dell'attuale malattia: da qualche giorno ha dolori diffusi agli arti e alle articolazioni; non s'è accorto di avere avuto febbre, non tosse; alvo, minzioni normali.

Esame obbiettivo. — Il malato giace in decubito laterale, con gli arti inferiori flessi; invitato a mettersi in posizione supina, si volta con difficoltà e stende incompletamente gli arti; una notevole rigidità, con contrattura dolorosa dei muscoli, ostacola i movimenti del tronco e degli arti; anche gli avambracci sono in semiflessione rigida.

Lo scheletro è regolare, la nutrizione senile, i muscoli ben evidenti nella loro forma; alla palpazione si rivelano duri, tesi, dolenti; allo stimolo meccanico il tono muscolare si esagera, e compaiono localmente grossi nodi di reazione idiomuscolare. Nei movimenti volontarî, l'ammalato non riesce ad estendere le gambe, nè gli avambracci; il tentativo di movimenti attivi e passivi provoca dolore. Le articolazioni sono però normali anatomicamente; indolente riesce la pressione dei capi, delle linee articolari.

Ai movimenti passivi gli arti superiori oppongono una viva resistenza, che ne rende anche più incompleta l'estensione: i muscoli si contraggono, diventano duri e più evidenti, mentre il malato emette lamenti.

Dispnoico, leggermente cianotico, polso 120, temperatura 38°.3. Non *erpes labialis,* non trisma. Lingua arida, rugosa; mancanza di quasi tutti i denti; faringe secco, arrossato; deglutizione, fonazione normali. Nuca rigida: la rigidità è più manifesta nei movimenti di flessione e di estensione del capo. Colonna vertebrale non deviata, rigida: opistotono. L'ammalato non può da sè passare dalla posizione supina alla seduta, nè, aiutato, può assumerla per la rigidità dei muscoli del dorso delle coscie, delle gambe; il sintoma di Kernig è evidentissimo.

L'esame del *torace* offre le note d'un modico enfisema senile, con scarsi rantoli in entrambe le basi. Gli atti respiratorî sono brevi, frequenti: la cassa toracica si solleva *in toto* e mostra bene evidenti i rilievi muscolari, specie le digitazioni del gran dentato.

Il *cuore* è nei limiti, i toni sono un po' oscuri, frequenti. Il polso molle è ritmico.

Addome non meteorico, poco trattabile per il tono esagerato dei muscoli addominali, specialmente dei due retti. Non liquido. Il *fegato* giunge in alto alla VI costola, non si aprezza in basso il margine inferiore; non è possibile (meteorismo gastrico) limitare il contorno della *milza,* che non si palpa in basso.

Gangli numerosi inguino-crurali e latero cervicali, piccoli, duri, spostabili.

Pupille di media ampiezza, eguali, reagenti; oculomozione, faciale, ipoglosso normali. La facies non presenta nè rigidità, nè espressioni speciali. Segno di Chwosteck, positivo. Rigidità nucale, e della colonna: dolenzia delle docce paravertebrali non dolenti le apofisi spinose alla pressione.

Arti superiori: forza muscolare discreta, movimenti incompleti, completi però quelli delle dita, che non hanno atteggiamento speciale: riflessi accentuati, tendinei e periostei; eguali la ambo i lati, scarsi tremori a tipo senile. Non si provocano i riflessi addominali; normali i cremasterici superficiali e profondi.

Arti inferiori, in semiflessione, movimenti attivi incompleti; ai passivi notevole resistenza, che aumenta nei tentativi per giungere ai limiti estremi: riflessi notevolmente accentuati d'ambo i lati. Non atassia, non Babinski, non Oppenheim, non Rosolium. Iperestesia cutanea generalizzata, non disturbi nella funzione dei sensi specifici.

Fondo dell'occhio normale.

Esame dell'urina. — Albumina e glucosio assenti. Peso specifico 1016. Reazione acida. Sedimento negativo.

*
* *

Diagnosi. —Il quadro morboso che il malato presentava, era dei più oscuri: in esso predominavano due ordini di sintomi: *tossi infettive* da una parte (febbre, stato generale grave con abbattimento, lingua coriacea, faringe secco) *neuromuscolari* dall'altra (stato di contrattura dolorosa generalizzato alla nuca, all'asse vertebrale, al tronco, agli arti, associato a spasmi intenzionali e riflessi e ad irritabilità del facciale).

Queste due sintomatologie erano esse insorte contemporaneamente, quali esponenti d'una medesima causa morbosa, o su uno stato patologico preesistente si era impiantata una nuova affezione acuta? L'anamnesi era poco chiara; i caratteri clinici però dello stato spastico muscolare facevano escludere che esso si potesse interpretare come un'affezione cronica preesistente, in rapporto con uno di quegli stati d'ipertonia, che si verificano in affezioni diverse: dall'arteriosclerosi (con stato lacunare), alla paresi pseudobulbare, al morbo di Parkinson senza tremore; dolorabilità muscolare, spasmi intenzionali e riflessi, partecipazione allo stato irritativo del nervo faciale, mancanza di deficienze dei nervi cranici (bulbari), riportavano invece al concetto clinico d'uno *stato tetaniforme sintomatico*: con ogni probabilità quindi sintomi tossiinfettivi e sintomi neuromuscolari avevano *la medesima origine.*

Le articolazioni erano sane, non trisma, non accessi tetanici spontanei non spasmo dell'esofago, deglutizione normale; l'anamnesi d'altra pare non ricordava traumi nè eventuale ingestione di sostanze tossiche; in base a tali dati era dato di escludere la possibilità d'uno spasmo riflessivo d'origine articolare, un tetano da bacillo di Nicolayer o stricnico.

L'iperestesia cutanea, la contrattura dolorosa, la rigidità vertebrale e nucale, il sintoma di Kernig inducevano il sospetto d'una *infiamma-*

zione meningea, prevalentemente rachidiana: non cefalea però, indolente la percussione cranica, non si suscitava dolore alla pressione delle docce paravertebrali, nè dei nervi periferici; con la *puntura lombare* si diede esito a liquido limpido, a pressione media, con quantità d'albumina normale; reazione di Nonne negativa, sedimento negativo.

Esclusi uno stato spastico d'origine articolare, o meningeo, un tetano medicamentoso o bacillare, rimaneva un quadro che del tetano avea le note fondamentali (contratture dolorose diffuse a tutto il corpo, senza trisma) con sintoma di Chwosteck, ma che dalle *tetanie* si differenziava per l'assenza dei tipici crampi e per l'anormale localizzazione dello spasmo (assenza della figura della mano da ostetrico, ecc.); il quadro clinico da noi osservato si poteva piuttosto ravvicinare a quello descritto da Escherich, col nome di *pseudotetano*, che colpisce prevalentemente i muscoli del tronco, meno intensamente gli arti.

Se l'esame clinico riusciva a dare un nome alla sindrome morbosa, oscura ne rimaneva la causa.

*
* *

La temperatura assunse nei primi giorni di degenza un andamento nettamente intermittente: insorgeva con modico brivido e cadeva col sudore, l'accesso febbrile durava dalle 15 alle 18 ore, con un massimo di 39-39.7. L'esame del sangue negativo, l'inefficacia della cura chininica fecero subito escludere un'eventuale infezione malarica a tipo pernicioso; con cura salicilica intensa migliorano di poco i dolori artralgici, ma si mantiene immutata la febbre e la sindrome d'ipertonia dolorosa.

La conta dei leucociti col Thoma-Zeiss dà 8000 leucociti; nella formula, modico aumento dei polinucleati neutrofili.

Si procede alla *cultura dal sangue*: in 50 cmc. di brodo sterile si versano 8 cmc. di sangue, estratto con siringa Tursini dalla vena della piega del gomito: dopo 36 ore di termostato a 37°, l'esame microscopico del brodo dimostra la presenza d'un diploococco a netta forma lanceolata, capsulato nella maggior parte degli elementi.

Si fanno passaggi in agaar comune, in siero di Löffler, e s'iniettano 5 cmc. del brodo sotto cute ad un coniglio di un kg. di peso. In agaar comune non si ha sviluppo di patina, sul siero di Löffler si sviluppa una patina tenue, ben visibile a luce incidente, rugiadosa, fatta di piccole colonie trasparenti.

Il coniglio muore dopo 36 ore per setticoemia; colorando il sangue, prelevato dal cuore, si ritrovano numerosissimi diploococchi capsulati.

Col risultato di tale ricerca diventata chiara la causa e la natura dello stato settico presentato dal malato: *setticoemia diploococcica senza localizzazioni*. La cultura del liquido cefalo rachidiano in brodo-sangue = negativa.

Nel decorso della malattia il quadro clinico non muta sensibilmente: lo spasmo doloroso è il fenomeno preponderante, la febbre non elevata (37°-39.6) è fortemente remittente o intermittente, si aggrava sempre più lo stato tossico (lingua secca, narici fuligginose, sensorio ottuso). S'inizia una cura d'argento colloidale (Argosol, 10 cmc. per via endovenosa *pro die*), alla quale segue un modico abbassamento della temperatura, senza che siano menomamente influenzati tutti gli altri segni. Dopo 7 giorni si ripete la puntura lombare, il liquido è sempre limpido, a pressione media, reazione di Nonne negativa, albumina in quantità normale, cultura negativa. Lieve miglioramento nello stato di tensione dolorosa dei muscoli.

Una terza puntura lombare, dopo 3 giorni dimostra liquido sempre normale. Le urine a malgrado dello stato settico in un vecchio, con ripetute iniezioni di Argosol, normali (assenza di glucosio e di albumina; peso specifico 1015).

Dopo 21 giorni di degenza, nell'urina tracce di albumina; ad una nuova puntura lombare il liquido è normale; ricerche chimiche e bacteriologiche di esso negative.

Il 21 aprile l'ammalato avea praticato la 19ª iniezione di Argosol; la temperatura, sebbene oscillante, aveva dimostrato una retta tendenza alla discesa, ma le condizioni generali erano sempre più gravi: lo spasmo muscolare immobilizzava il malato sì da costringere il personale d'assistenza a muoverlo di peso con ogni precauzione. Sul polmone si notano segni di bronchite diffusa (sibili ronchi, diffusi su tutto l'ambito toracico, rantoli umidi a medie e grosse bolle delle basi). La contrattura lasciava sempre indenni i muscoli della faccia, e (sebbene il segno di Chwosteck si mantenesse positivo) non determinava nelle mani la figura della «mano ostetrica».

Il 21 aprile si pratica *una nuova cultura dal sangue e dal liquido cefalo rachideo*.

Quest'ultima è negativa; in quella del *sangue* il giorno 22 si trova sviluppato un diploococco nel maggior numero degli elementi capsulato, che si coltiva in siero di Löffler, non in agaar comune.

Per una sicurezza maggiore s'inocula anche questa volta un coniglio, alle ore 12 del 22 aprile. Dopo 36 ore morte del coniglio in stato setticoemico, diploococco capsulato nel sangue del cuore.

L'ammalato si aggrava sempre più e muore il 23, dopo 29 giorni di degenza.

Non fu possbile praticare l'autopsia neanche parziale, ma i dati della biopsia ricavati in vita sono tali, che, se pure essi non sono sufficienti per discutere troppe ipotesi, bastano ad illuminare un quadro clinico raro, nelle sue particolarità etiologiche.

Il quadro clinico e l'indagine bacteriologica portano alla diagnosi nosografica (*pseudotetano sintomatico*) ed etiologica (*da diploococcemia*). La relativa rarità dei due fatti, l'associazione di essi, che, nelle nostre ricerche, rappresenta un caso unico nella letteratura medica, meritano qualche parola di chiarimento.

Diploococcemia. — Il diploococco d'ordinario è causa nell'uomo della localizzazione polmonare (polmonite crupale): dal polmone il germe passa nel circolo in una certa percentuale di casi, e può dare secondariamente localizzazioni in altri organi (meningite, endocardite, artrite). La concezione dell'infezione e la visione del malato sono però mutate dinanzi al ripetuto controllo di laboratorio: la setticoemia diploococci-

ca è stata trovata più frequentemente compagna della polmonite nei primi giorni della malattia (dal 30 al 60 % dei casi) (1); Rosenow (2) su 145 casi di polmonite in 132 ha potuto isolare il germe dal sangue; ma la setticoemia diploococcica può precedere anche di molti giorni la localizzazione polmonare, può, senza ledere il polmone, insediarsi atipicamente in organi che non sono sede ordinaria, può rimanere tale per tutto il decorso della malattia e portare il malato all'esito letale, senza localizzazione anatomica. Accenno appena a due miei casi (3), nei quali queste eventualità cliniche enunciate furono messe in evidenza dalla ricerca di laboratorio.

OSSERVAZIONE II. — Donna di anni 25, ha febbre intermittente (36-39.5) lieve tumore di milza da 5 giorni. Esame del sangue negativo per la malaria. Leucociti 28,000. Culture dal sangue: presenza di diploococco lanceolato capsulato, gram resistente, che provoca setticoemia nel coniglio. Al 5° giorno dolore puntorio laterale, e dopo 2 giorni sindrome clinica completa di polmonite lobare (lobo inferiore destro), esito in guarigione.

OSSERVAZIONE III. — Uomo sui 45 anni ha lieve angina e poi febbre alta da parecchi giorni (7-10). Al suo ingresso nell'ospedale mostra i segni di una endocardite (cuore dilatato, con i sintomi di insufficienza mitralica), grosso tumore di milza (malaria pregressa, esame del sangue negativo per i protozoi malarici). Leucociti (22,400). Culture dal sangue: diploococco lanceolato capsulato, gram resistente, che provoca setticoemia diploococcica nel coniglio. Nel decorso della diploococcemia si presentano i sintomi d'una meningite acuta cerebro-spinale; puntura lombare, liquido sieroso-torbido; Nonne, sul liquido centrifugato, ++++, sedimento: polinucleari, diploococchi numerosi. L'ammalato muore, e l'autopsia dimostra meningite purulenta, ed endocardite verrucosa trombotica, recente delle valvole mitraliche (V. figura I). Polmoni normali.

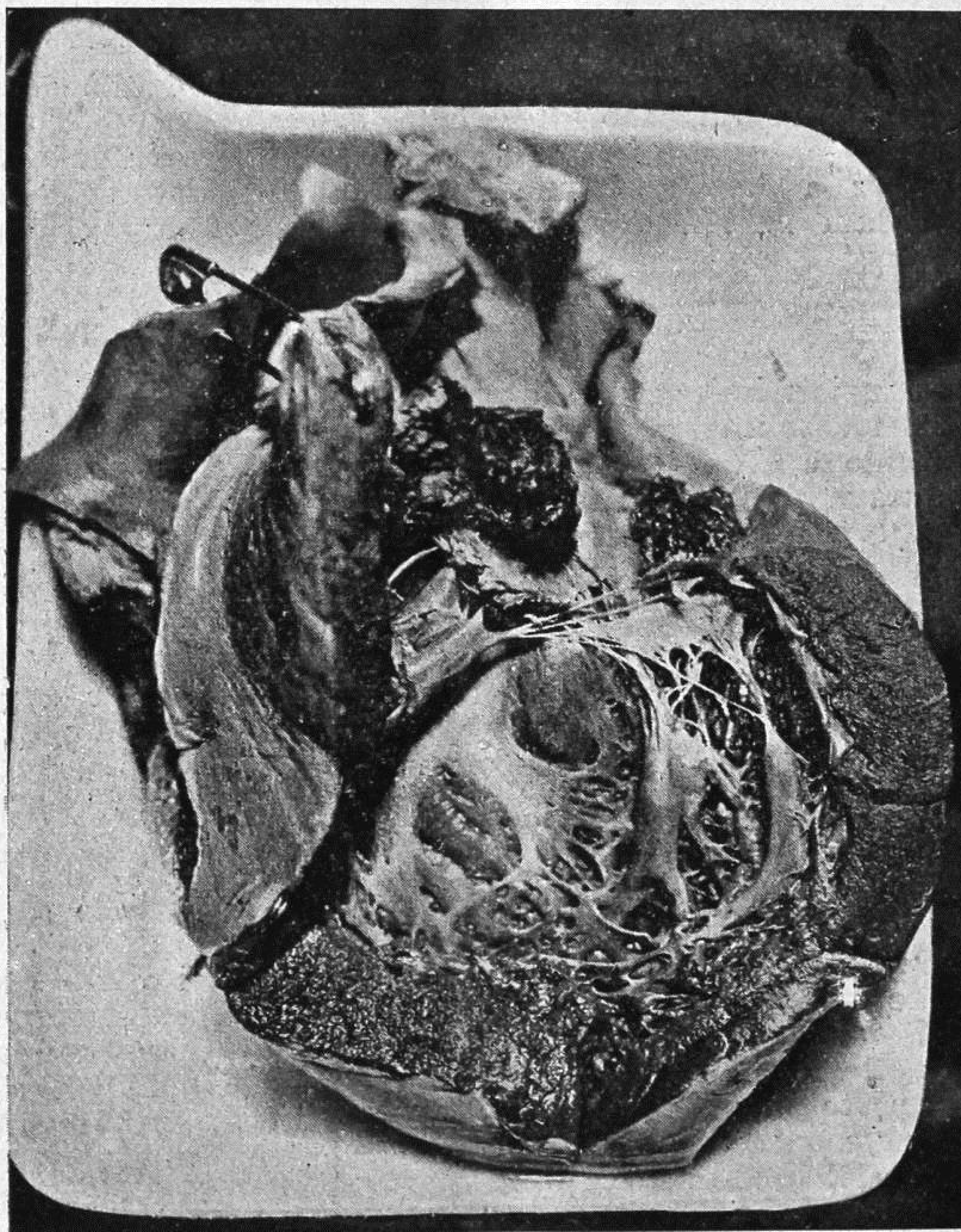


FIG. I. — Endocardite trombotica diploococcica.

La setticoemia diploococcica ha assunto adunque un'importanza nuova nella patologia umana, e l'idea del Banti che la localizzazione polmonare sia la fissazione del germe circolante, per una predilezione non analizzabile nel polmone, acquista ogni giorno forma e consistenza di verità; quasi come nel tifo in cui l'ulcera dell'intestino è ormai da tutti considerata una loca-

(1) E. JOLTRAIN. *Origine sanguigne des pneumonies et broncopneumonies*. Asselin et Huzenau. Paris, 1911.

(2) C. ROSENOW. Journ. of inf. Dis. 19 marzo 1904, p. 280, 311.

(3) Essi saranno illustrati in una prossima memoria dal dott. Ricciuti.

lizzazione della setticoemia precedente. Noi non vogliamo in modo assoluto affermare che sempre il diplococco penetri prima nel circolo, o che costantemente la forma setticoemica si accompagni alla forma pneumonica, ma la serie numerosa delle constatazioni bacteriologiche (alle quali aggiungiamo i nostri tre casi) rende ormai sicura la conoscenza che il *diploococco può penetrare in circolo per vie poco note, (tonsille, lesioni mucose, ecc.), senza lasciar traccia del suo passaggio e può determinare setticoemia, con localizzazione polmonare, o, risparmiando il polmone, con localizzazioni in altri organi, o addirittura senza localizzazione.*

Il quadro setticoemico da diplococco, non differisce clinicamente, dalle comuni setticoemie nello stato generale, nel decorso della malattia; a me è sembrato nei casi di mia esperienza, che due note sogliono essere d'una certa costanza: l'intermittenza della febbre che insorge con brivido e termina col sudore, quasi a simiglianza della febbre suppurativa, e la leucocitosi intensa, che manca raramente.

La febbre intermittente, propria della setticoemia pura, diviene continua-remittente, o quasi continua, non appena una localizzazione del germe si determina (Osservazione III).

Quale era stata la porta d'entrata del diplococco?

La storia è muta e non richiama l'attenzione sulla solita angina o su una qualsiasi affezione delle mucose, che rendono probabile, per una di esse, l'entrata in circolo del germe: d'altra parte è noto come, in casi consimili, spesso l'identificazione della via d'ingresso resti oscura: il diplococco può attraversare le barriere di difesa senza lasciar traccia del suo passaggio, a mucose clinicamente, certo non anatomicamente, integre. Ma nella nostra osservazione l'anamnesi ci ricorda che il paziente dall'8 febbraio all'8 marzo 1913, un anno prima cioè, era stato malato per polmonite con risoluzione ritardata: *quale rapporto può esistere tra la prima infezione diplococcica con localizzazione polmonare e la seconda setticoemica pura e fatale?* La clinica ogni giorno dimostra che manca una immunità residua negli ammalati di polmonite, e che la recidività della malattia a breve o a lunga scadenza è frequente; io ricordo in uno dei miei malati una storia di *nove* polmoniti nello spazio di circa *diciannove* anni, e la 9ª con complicanza meningea mortale: non solo non lascia immunità durevole l'infezione, ma la successiva infezione può avere andamento più grave e localizzazioni diverse; e il nostro malato senz'altro potrebbe rientrare in questa categoria di malati. Senonchè il sospetto può sorgere nella nostra mente che, *allo stato di latenza, per ben un anno il diplococco sia rimasto nel circolo o negli organi del paziente* e poi in occasione d'una ripresa di virulenza o della diminuita resistenza, le condizioni per la malattia si siano ricostituite.

Ricerche sperimentali e cliniche di Tizzoni e Panichi (1) giustificano tale sospetto. Questi ricercatori impressionati della recidività delle infezioni diplococciche, inocularono in animali immunizzati e ipervaccinati, diploococchi resi inoffensivi col siero: dopo undici mesi è possibile coltivare dal sangue degli animali il pneumococco di Fränkel. In cinque polmonitici il diplococco fu dimostrato nel sangue dopo 30, 31, 56 giorni dopo la crisi, in un caso dopo 15 mesi, in un caso le ricerche furono negative. La virulenza del germe era attenuata. Gli AA. pensano che all'immunità naturale, corrispondeva quella immunità sperimentale, da essi provocata negli animali, e che la recidiva di tali malattie sia *spesso legata ad una ripresa della virulenza del germe, ancora persistente nell'organismo.* Se pure la prova sicura di tale fatto nel nostro malato non si può avere, per la mancanza di cultura nel periodo di tregua, la possibilità della persistenza del germe nel circolo anche per un anno, in base alle chiare ricerche di Tizzoni e Panichi, è verosimile.

* * *

Nella storia clinica riportata, allo stato setticoemico si associava una sindrome di pseudotetano doloroso, che deviava clinicamente dalla diagnosi di natura, per l'insolito quadro.

Lo studio della sindrome osservata nel nostro paziente induceva a ritenere che il fondamento fisiopatologico della sindrome fosse *un abnorme stato di eccitazione delle cellule gangliari motorie e sensitive,* stato di eccitazione che si esplicava con *eccitabilità aumentata agli stimoli meccanici* e con *contratture toniche diffuse dolorose.* La sindrome, facilmente differenziabile dal tetano e dalle tetanie, ci ricordava piuttosto alcuni quadri da noi descritti a proposito dell'epidemia colerica del 1910 col nome di *ipertonia dolorosa muscolare uremica* (v. note cliniche e terapeutiche su alcuni casi di colera osservati a Roma. *Boll. Soc. Lancis. degli Osp. di Roma,* fasc. I, anno XXXI, 1911). Nel caso in ispecie però mancava l'intossicazione uremica, ed esisteva invece una setticoemia diploococcica. Difficile problema, anche a tentarlo, è quello di indagare la provenienza dello stimolo sui gangli spinali: il diploococco per sè non ha in gene-

(1) TIZZONI e PANICHI. — *Sulla permanenza del diploococco di Fränkel nel sangue degli individui guariti di polmonite fibrinosa.* R. Accademia di scienze di Bologna, 15 gennaio 1905.

rale capacità specifica di determinare stati spastici e spasmi intenzionali e riflessi; cercando tra i tentativi di laboratorio, istituiti per conoscere i poteri tossici del diploococco (Issaëff, Foà e Carbone, Klemperer, Carnot e Fournier, Belfanti, Tizzoni e Panichi) solo il Panichi (1) in uno stipite di diplococco potè dimostrare sperimentalmente nei conigli, e per mezzo dei germi e per mezzo delle culture filtrate, un potere neurotossico del germe: i conigli infatti iniettati per via sottocutanea presentavano segni di paresi spastica, con stupore ed iperestesia, talora tatraparesi spastica con opistotono; la prova sperimentale da noi tentata però fu negativa: i due conigli inoculati morirono in 36 h. per una setticoemia volgare, come si verifica coi comuni stipiti di diploococco, senza fenomenologia particolare a carico dell'apparato neuro-muscolare. Per quanto possano le deduzioni del Panichi essere riportate a dimostrazione che speciali stipiti di diploococchi siano talora dotati di potere neurotossico, le nostre prove sperimentali, e le conclusioni degli altri ricercatori fanno dubitare che solo una particolare proprietà del germe fosse in causa nel determinare la insolita sindrome morbosa.

Per altre ipotesi, come per un'*eventuale deviazione funzionale delle paratiroidi*, da causa tossica, quale potrebbero far sospettare la esperienza clinica e le ricerche sperimentali (Falta e Rudinger), manca il reperto anatomico. Così come sono, il reperto clinico e biologico del nostro caso si prestano solo a dimostrare che *una setticoemia diploococcica pura, in rarissimi casi, può provocare una sindrome di pseudotetano doloroso.*

*
* *

Infine la nostra osservazione è utile per un ultimo rilievo d'indole terapeutica.

Nel malato si riproducevano, naturalmente, le condizioni sperimentali, per controllare una eventuale efficacia di alcuni rimedi, decantati nelle infezioni da diploococco: malattia senza ciclo, la setticoemia si prestava ottimamente per una esatta interpretazione del potere bactericida di essi.

I lavori di Credé sull'azione dell'*argento colloidale* nelle malattie da infezione, generalizzarono l'uso del rimedio, e una serie di numerose pubblicazioni ne decantano gli effetti sorprendenti. Una delle malattie sulle quali il vantaggio sarebbe evidente è la polmonite. Ho scelto *l'argento colloidale elettrico* preparato dal De Sanctis di Roma a contenuto 0.05 % di argento colloidale (*Argosol*), e ne ho iniettato 10 cmc. *pro die*, per via endovenosa.

La temperatura ha subito un netto abbassamento, lo stato generale però s'è aggravato progressivamente, sebbene il rene si mantenesse normale; dopo 19 iniezioni (in 20 giorni - 190 cmc.) è stato possibile coltivare dal sangue il diploococco, virulento per il coniglio; la malattia si è chiusa con l'esito letale; il tentativo di cura con l'argento colloidale, nel mio caso di setticoemia diploococcica, è dunque completamente fallito.

Roma, gennaio 1915.

(1) PANICHI. Policlinico 1901, fasc. 51, 19 ottobre.
ID. Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche. 1901, n. 141, pag. 1475.

Sulla patogenesi e prognosi del cuore e polso alternante

per il prof. GIOVANNI GALLI (Bordighera).

Nel fascicolo 7, 1915, Sez. prat., del *Policlinico*, a pag. 233 G. Sabatini fa la recensione di un lavoro di Varisco sul polso alternante. In essa si parla, fra l'altro, anche di una concezione patogenetica da me enunciata a proposito del polso alternante e si dice che la « *ipotesi formulata dal Galli non trova conferma nei fatti clinici* ».

Un giudizio consimile aveva emesso anche Vaquez nel suo libro sulle aritmie (*cette trop ingénieuse conception a le défaut de ne s'appuyer sur aucun fait précis*).

Ora dunque, poichè la stessa osservazione di Vaquez mi viene ripetuta in un periodico italiano, vediamo un poco se essa è veramente giustificata.

Fu Traube che descrisse il primo caso di polso alternante e lo fece in maniera magistrale.

Quanto egli scrisse 43 anni fa mantiene ancor oggi tutto il suo valore e giova ripetere qui le stesse sue parole. « Si trattava di una successione di polsi grandi e piccoli, in maniera, « che regolarmente dopo un polso grande succede un polso piccolo; ed il polso piccolo è « per una piccola pausa meno lontano dalla pulsazione grande che gli succede, che dalla grande pulsazione che lo precede ».

Numerose ricerche furono eseguite dopo Traube sino ai nostri giorni sul polso alternante e si è visto che esistono altri tipi di polso alternante oltre quello descritto da Traube. Anzi si potè stabilire che nell'arteria può non esservi ombra di alternanza, pur esistendo alternazione nell'urto della punta (tipo 5° dello schema).

Altre possibilità furono messe in luce, delle quali più sotto è parola (e non è escluso ne

esistano delle altre), per cui oggigiorno al concetto di polso alternante si deve unire anche quello di cuore alternante (c. a.).

Volendo rappresentare in maniera schematica le diverse possibilità di questa importante ed interessante forma di aritmia, si hanno per ora i seguenti 5 tipi di cuore e polso alternante.

Tipo 1° (tipo di Traube)	c. a. p. a.	Λ Λ Λ Λ	È disturbata la funzione del sistema delle fibre d'espulsione e del sistema puntale.
Tipo 2° (forma più grave del tipo di Traube)	c. a. p. assente	Λ Λ Λ	È più gravemente disturbata la funzione del sistema delle fibre d'espulsione.
Tipo 3° (tipo descritto da me)	c. non a. p. a.	Λ Λ Λ Λ	È disturbata la funzione del sistema papillare, donde insufficienza mitralica alternante.
Tipo 4° (tipo di Hering, alternanza paradossa	c. a. p. a.	Λ Λ Λ Λ	Esiste un disturbo alternativo del sistema espulsivo e del sistema dell'itto puntale.
Tipo 5° (tracciati di questo tipo si trovano nel lavoro di Volhard)	c. a. p. non a.	Λ Λ Λ Λ	È disturbata la funzione del sistema di fibre dell'itto puntale.

Nel primo tipo si ha il polso alternante, come fu descritto da Traube. Ma nei casi gravi l'onda piccola può scomparire, poichè nell'aorta non viene immessa quantità sufficiente per generare il polso (2° tipo).

Se in questo 2° tipo ci limitassimo all'esame del polso, si potrebbe incorrere in un errore grossolano ed interpretare questo *bradipolso*, come dovuto ad un disturbo di conducibilità cardiaca (morbo di *Morgagni-Adams-Stokes*).

Nel 3° tipo si ha un fenomeno curioso e cioè: il cardiogramma non dimostra modificazione di forma e di frequenza, mentre il polso è spiccatamente alternante.

La piccola pulsazione ha la caratteristica descritta da Traube di essere un poco ritardata.

La spiegazione di questo interessante fenomeno io la trovai appunto in fatti clinici.

Ascoltando il cuore del paziente, e tastando contemporaneamente la radiale si sentiva in una prima rivoluzione cardiaca, dopo il 1° tono, subito il polso radiale forte e nella seconda rivoluzione cardiaca successiva il 1° tono era accompagnato da un rumore e dopo di esso si percepiva il polso piccolo alla radiale. E così via nelle rivoluzioni cardiache successive si aveva un soffio mitralico alternantesi con un 1° tono cardiaco puro. Stavo quindi di fronte (anche per altri dati che qui non cito) ad *una insufficienza mitralica alternante, funzionale, contemporanea alla pulsazione piccola del polso alternante.*

Il fenomeno strano del cardiogramma non alternante e del polso alternante veniva così rischiarato da un fatto preciso di clinica.

Durante la sistole ventricolare a mitrale sufficiente tutto il sangue passava nell'aorta e si aveva alla radiale un polso ben manifesto. Durante la sistole a mitrale insufficiente invece una parte del sangue ventricolare rifluiva nell'orecchietta ed il polso radiale di necessità era più piccolo di volume e ritardato un po' nel tempo, poichè la forza impulsiva del sangue era minore e quindi la trasmissione dell'onda un po' più lenta.

Da questa concezione del 3° tipo di polso alternante allo stabilire con abbastanza esattezza la sede e la patogenesi del fenomeno era breve il passo.

Ancora oggi io non trovo migliore spiegazione che coll'ammettere un disturbo della contrattilità nel sistema papillare del ventricolo sinistro. Anzi questo concetto del disturbo di contrattilità *di una parte sola del ventricolo sinistro* sono sempre dell'opinione di averlo introdotto io in medicina, quantunque l'illustre studioso delle aritmie, Hering, non pare che lo voglia ammettere (1).

Parimenti interessante è il 4° tipo di cuore e polso alternante descritto da Hering. Si tratta qui di un'alternanza paradossa, per cui esiste incongruenza fra la grandezza del polso e la grandezza del cardiogramma. Mentre si ha cioè il polso piccolo alla radiale, si constata un itto puntale forte e viceversa.

Sono questi due fatti che *a priori* sarebbero sembrati inammissibili, poichè noi siamo (o meglio eravamo) abituati a mettere in rapporto da causa ad effetto l'urto della punta ed il polso radiale. Non è però sempre così. Quante volte non è successo ad ognuno di noi di constatare una pressione sanguigna bassa, e quindi un polso debole, mentre l'*ictus cordis* è violento?

La ragione di tutto ciò si vede ora abbastanza chiara. Lo studio delle localizazzioni cardiache ci ha dimostrato come nel ventricolo sinistro esistono sistemi di fibre con determinate funzioni. L'azione espulsiva, propriamente detta, del cuore viene effettuata da un sistema di fibre diverso da quel sistema che causa l'urto della punta, sempre salva la legge di Albrecht, di cui è parola nella nota 2. Un terzo sistema di fibre è quello dei muscoli papillari e connessi, la cui alterata funzione provoca il 3° tipo di cuore e polso alternante, da me descritto.

Supponiamo ora che sia alterata la funzione del sistema, che in prevalenza dà luogo all'itto; come risultante constateremo un *ictus cordis* attenuato, ma nessuna o quasi (2) nessuna modificazione del getto sanguigno nell'aorta e quindi del polso. Avremo con ciò il tipo 5° di cuore alternante.

Se infine durante una rivoluzione cardiaca è alterata la funzionalità dei muscoli della punta e nella rivoluzione successiva la funzione dei muscoli dell'espulsione, si verificherà il tipo 4° di cuore e polso alternante, descritto da Hering, nel quale vi è una paradossale incongruenza fra cuore e polso, che però è solo apparente.

Prima di dire una parola sulla prognosi del cuore e polso alternante bisogna premettere come la forma di aritmia, di cui ci occupiamo, è assai più frequente di quanto si crede. Assai probabilmente tutti i casi, così frequenti, di *pulsus inaegualis,* sono l'effetto di un'alternanza. Ma non di rado poi il dito non ci avverte dell'esistenza di un'alternanza, e questa appare solo nelle grafiche. I casi iniziali e leggeri sfuggirono quindi all'osservazione clinica in gran parte, anche perchè l'alternanza non di rado è un fatto fugace e transitorio.

Per queste ragioni il prognostico del polso alternante si stabilì come infausto. L'illustre studioso di malattie cardiache Mackensie dice, che il polso alternante è sempre « un segno molto grave », ma aggiunge: « Un malato può ancora con precauzione tirare innanzi per anni dopo l'apparizione del polso alternante, ma è abitualmente un segno di stato irrimediabile ».

Io sono dell'opinione che si veda troppo nero nella prognosi del cuore alternante. Dalle stesse parole di Mackensie risulta che non è del tutto esatto parlare di « segno molto grave »; almeno in generale.

La gravità del caso dipende dal tipo di alternanza. Com'è chiaro, il 2° tipo è per es. più grave del 1° tipo ed il 5° implica l'idea di una alterazione meno diffusa, essendo preso un sol sistema cardiaco. Non è perciò possibile parlare in generale di un prognostico del cuore alternante, ma si deve considerare il caso singolo, e cioè sopratutto lo stadio della malattia, l'età del paziente ed il tipo dell'alternanza.

(1) Per quanto riguarda l'altra obbiezione alla mia ipotesi, che « l'alternanza si può provocare nel cuore della rana, che non ha muscoli papillari » è facile rispondere col fatto che il tipo di alternanza nella rana non è quello del 3° tipo.

(2) Dico quasi, poichè non bisogna dimenticare la legge di Albrecht, per cui la stessa funzione è affidata nel cuore a 2 gruppi diversi di muscoli, se non in proporzioni uguali, almeno in proporzione ragguardevole dal punto di vista del compenso; il che è provvidenziale e si verifica del resto anche in altri organi, per esempio nel cervello. Mancando, od essendo deficiente la funzione di uno dei due gruppi, può quindi avvenire che la risultanza subisca qualche modificazione.

Il fascicolo di maggio della nostra Sezione medica conterrà i seguenti lavori:

Dott. G. V. FERRALIS. *Ricerche elettrocardiografiche sopra un caso di vizio congenito del cuore destro.*

Prof. C. A. CRISPOLTI. *L'azione degli zuccheri sulla secrezione renale e sulla circolazione nell'uomo.*

Dott. T. PONTANO. *Controindicazioni ed indicazioni all'uso dell'arsenobenzolo nelle malattie mediche da sifilide.*

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA.

Sulla causa della caseificazione della tubercolosi.

(J. W. JOBLING e W. PETERSEN. *Zeitschrift für Tuberkulose*, sett. 1914, n. 6).

Sono state esperite numerosissime indagini sulle cause della caseificazione nella tubercolosi. Da alcuni AA. tale processo è considerato come un fatto anemico, essendo i focolai tubercolari sprovvisti di vasi sanguigni; altri invece credono che le tossine dei bacilli ne siano il fattore causale. Auclair suppone che le tossine specifiche, causa della caseificazione, siano corpi grassi, solubili in benzina, etere, cloroformio e xilolo. Egli ha trattato i bacilli tubercolari coi liquidi suddetti, e dopo avere fatto evaporare, ha allestito delle sospensioni dei corpi grassi estratti, in soluzione fisiologica. Iniettando tale emulsione per via ipodermica negli animali da esperimento, ha ottenuto una necrosi caseosa tipica. Iniettando questa emulsione nella trachea delle cavie, si constatavano più tardi focolai caseificati nei polmoni.

Schmoll, analizzando le caseificazioni del polmone, le ha trovate quasi prive di proteosi e deduce da questo fatto che l'autodigestione è minima. Le ricerche di Schmoll sono state confermate da molti, compresi gli AA. del presente lavoro.

Benchè nell'essudato di una infiammazione caseosa si trovino molte cellule che contengono dei fermenti, l'attività di tali fermenti è quasi nulla, e ciò si potrebbe spiegare col carattere antitriptico degli acidi grassi dei bacilli tubercolari. Ed è degna di nota la circostanza che tale arresto persiste sino ad incapsulamento del materiale caseoso. Già due anni or sono è stato notato che il potere antitriptico di un siero, conservato in cloroformio, diminuisce notevolmente o scompare del tutto. Tale osservazione ha fatto pensare agli AA., che l'antitripsina del siero probabilmente contiene delle sostanze molto affini ai lipoidi, e che questi potrebbero esercitare un'azione inibitoria sulla caseificazione e sugli infarti anemici; perciò essi hanno studiato l'influenza che sulla digestione triptica esercitano quelle sostanze dei bacilli tubercolari, che sono solubili nell'etere.

Tali sostanze, come è stato dimostrato da molti, costituiscono il 25-35 % del peso, e circa il 17 % dell'estratto è rappresentato da acidi grassi.

Gli AA. descrivono la tecnica adottata per preparare i saponi e gli acidi grassi liberi e saturati dei bacilli tubercolari.

Questi prodotti dimostrarono accentuate proprietà antitriptiche ed antiproteolitiche. L'azione antitriptica è in rapporto col contenuto di iodio, quindi è più forte di quella che compete agli stessi prodotti ottenuti dall'olio di oliva, di lino o di ricino. Il contenuto di iodio deve ascriversi ad una speciale affinità per lo iodio, dimodochè questo viene fissato, sottraendolo all'organismo.

I saponi iodati dei bacilli tubercolari sviluppavano un'azione antitriptica marcata.

I saponi dei bacilli tubercolari furono scissi e fu studiata l'azione antitriptica dei saponi e degli acidi grassi saturati e non saturati. Fu riscontrato che l'azione antitriptica è una qualità dei saponi non saturi.

Già in un precedente lavoro gli AA. avevano dimostrato che l'attività antitriptica dei saponi sta in rapporto diretto con il loro contenuto di iodio. Perciò furono esperimentati varî saponi e paragonati con quelli dei bacilli tubercolari. Dopo avere determinato la quantità di iodio contenuta nei saponi furono fatte delle soluzioni in modo tale, che il contenuto dello iodio fosse quasi equivalente.

Se si trattano 5 cmc. di una soluzione all'1 % del sapone dei bacilli tubercolari con 0.05 di iodio e con alcuni cristalli di ioduro di potassio e si lasciano per una notte in termostato, si osserva che il potere antitriptico è quasi scomparso. La quantità eccessiva di iodio deve essere tolta per mezzo di cloroformio.

Sono stati usati varî preparati chimici colla influenza dei quali si è sperato di ottenere qualche successo terapeutico nella tubercolosi. Per essere efficaci tali mezzi debbono stare in rapporti intimi con qualche componente dei bacilli. Gli esperimenti degli AA. accennano alla possibilità che lo iodio potrebbe servire come un componente di tali mezzi e potrebbe essere valutato come un agente battericida.

Si sa ancora poco intorno alla natura degli oli grassi non saturi, ma gli AA. hanno intrapreso tali studi.

Wells ha ottenuto 0.0012 gr. di olio grasso su 1 gr. di materiale caseificato del polmone, e con ciò ha mostrato in quanta scarsa quantità vi si trovi tale sostanza. Ma questo ha poco valore riguardo alla causa della caseificazione, perchè l'influenza degli acidi grassi è da considerare in rapporto con la quantità dei fermenti e non con quella dell'albumina.

Anche minime quantità di saponi rivelano una grande forza antitriptica. Era già stato di-

mostrato che nel pus tubercolare esiste lipasi, si osserva che una unità di lipasi esercita ancora una inibizione notevole sulla digestione triptica, anche a 10 unità di tripsina. Con molta probabilità i saponi sono prodotti dal grasso neutro dei bacilli tubercolari colla scissione lipolitica e saponificazione diretta. Klotz ha dimostrato che nel pus tubercolare esiste lipasi; Berjell ha riscontrato la lipasi nei tessuti linfoidi dei tubercoli, mentre Wells e Corper hanno dimostrato la presenza della lipasi anche nei bacilli tubercolari.

La dimostrazione, che dai bacilli tubercolari si possono ottenere sostanze inibitrici di fermenti, ci avvicina ad una spiegazione razionale del fatto che in un tessuto necrotico causato dai bacilli tubercolari venga prodotto materiale caseoso.

Gli acidi grassi non saturi hanno una parte importante nella necrosi caseosa tubercolare.

Gli AA. hanno sottoposto ad uno studio accurato i tessuti caseificati e cioè tanto i gangli quanto il tessuto polmonare, e tali ricerche li hanno portati alle seguenti conclusioni:

1° Il materiale glandolare caseificato contiene corpi, che paralizzano i fermenti. Tali corpi sono combinazioni di acidi grassi non saturi (saponi, grassi neutri, combinazioni di lipoidi).

2° Nelle infezioni miste tali corpi sono in quantità molto scarse.

3° I fermenti sono assenti, o esistono in quantità minima nel materiale glandolare caseificato.

4° Il tessuto polmonare caseificato contiene pochi antifermenti.

5° Nel tessuto polmonare caseificato esistono i fermenti, principalmente quelli che sono attivi in soluzione acida: i fermenti che sono attivi in soluzione alcalina possono essere dimostrati allontanando gli antifermenti.

6° Le glandole ed il tessuto polmonare caseificato coll'aggiunta di iodio sono più facilmente digeriti dalla tripsina. Lo iodio satura gli acidi grassi non saturi e diminuisce così il loro potere antitriptico.

Con questi studi riguardanti i fermenti e gli antifermenti nella caseificazione tubercolare si riesce più facilmente a spiegare il processo patologico.

La morte delle cellule dei tessuti attigui dipende dalla invasione e dalla moltiplicazione dei bacilli tubercolari.

In condizioni normali un gruppo di cellule morte scomparirebbe subito per autolisi o perchè fagocitate dai leucociti. Qui mancano i fagociti e l'attività dei fermenti viene inibita dagli acidi grassi non saturi, prodotti dai bacilli.

Anche il restringimento dei vasi ha una importanza, poichè per mezzo dell'anemia viene impedita la diluizione e l'ulteriore allontanamento degli antifermenti.

C'è da supporre che i linfociti, i quali secondo Berjell sono molto ricchi di fermenti lipolitici, assumano una parte cospicua nella tubercolosi. È molto attendibile che a causa della scissione lipolitica i bacilli non siano più dimostrabili nei gangli caseificati, ma che i loro acidi grassi, i quali hanno azione antitriptica, restino nell'intimità dei tessuti e provochino una caseificazione intensa.

Allo stato iniziale si trova nell'infiammazione caseosa dei polmoni un essudato composto di fibrina, leucociti e cellule desquamate, il quale si trasforma presto in una massa caseosa. Il restringimento dei vasi, che esiste nella tubercolosi cronica, non si osserva ancora nello stadio della caseificazione, e perciò proprio qui si può supporre una inibizione per mezzo di antifermenti. I bacilli sono molto numerosi proprio in queste condizioni e si può supporre un aumento corrispondente di antifermenti, che basta per paralizzare i fermenti liberati col dissolvimento dei leucociti e di altre cellule. Un rammollimento di antichi focolai caseosi, provocato da una infezione mista, si spiega non solo colla introduzione di nuovi fermenti ma anche colla diluizione e coll'allontanamento degli antifermenti, fatti causati dai liquidi che accompagnano l'infezione mista.

È possibile che gli antifermenti siano attivi in alcuni casi come saponi, e in altri casi come combinazioni degli acidi grassi non saturi, provenienti dalla scissione dei lipoidi dei bacilli tubercolari.

Secondo Sata la parte principale dei grassi neutri di focolai tubercolari si trova al margine. È possibile che tali focolai necrotici assorbano le sostanze antitriptiche del siero, perchè la tripsina del siero è molto assorbibile, ed è dimostrato che la cosidetta anafilatossina viene formata con un processo simile.

L'influenza dello iodio ha un interesse speciale, perchè, potendosi legare cogli acidi grassi non saturi dei bacilli tubercolari, potrebbe esercitare un'azione chemoterapica corrispondente, e legandosi agli acidi grassi non saturi dei tessuti caseificati, li proteggerebbe contro gli attacchi dei fermenti. La nota influenza terapeutica dello iodio si spiega coi rapporti che contrae con oli grassi non saturi.

Dott.ssa OLGA RESNEVIC.

CHIRURGIA.

Cura chirurgica e radioterapia dei tumori benigni e maligni dell'utero.

(H. FEHLING. *Munch. Mediz. Woch.*, 8 dez. 1914).

TUMORI BENIGNI.

Tra questi l'A. prende in considerazione solamente i miomi. Sull'origine di essi molto si è detto, molto si è studiato; anzitutto si sa che è stata abbandonata la teoria microbica che voleva vedere come causa di questi tumori dei microrganismi appartenenti al regno vegetale ed animale. Anche l'opinione di Aschoff che il punto di partenza di questi tumori siano le fibre muscolari, non spiega tutto; invece oggi si tende ad ammettere, e molti fatti lo provano, che si tratti di una alterata funzione dell'ovaio; infatti si era notato da parecchio tempo che in donne affette da miomi si riscontrano alterazioni ovariche, come ad es.: degenerazioni policistiche, ecc. Importanti sono le ricerche di Mayer-Tübingen, il quale ha studiato il comportamento del siero di sangue di malati di miomi sopra la ghiandola ovarica. Abderhalden crede che esista o un disturbo della secrezione interna o una grande alterazione anatomica dell'ovaio; è più probabile che si tratti della prima opinione. È certo però che l'opinione dell'alterata funzione dell'ovaio corrisponde ai concetti moderni sull'origine di questi tumori. Si sa da parecchio tempo che le nubili attempate specialmente tra i 30 e i 40 anni hanno tendenza ad ammalare di miomi; così pure si osservano donne che dopo il matrimonio hanno una o due gravidanze e poi dopo un certo periodo di sterilità ammalano di miomi. Ora poichè è ammesso da quasi tutti gli ostetrici dopo i bellissimi studi di Fränkel, che l'ovaio e per mezzo di esso il corpo luteo regoli l'annidamento e l'accrescimento dell'uovo nella cavità uterina, così è verosimile ammettere che la secrezione interna dell'ovaio stimoli in modo anormale la muscolatura uterina a delle neoproduzioni atipiche, quando non trova la possibilità di favorire l'annidamento e l'accrescimento dell'uovo, come avviene nella gravidanza. Non è dunque la mancanza di attività sessuale, come si credeva un tempo, che favorisce lo sviluppo dei miomi; ma l'alterata funzione dell'ovaio è la causa della sterilità quando una donna già affetta da miomi contrae matrimonio; così pure essa è la causa del tardo subentrare della menopausa.

Sintomatologia. — Il sintoma più importante, per il quale la donna ricorre al ginecologo, e che richiede il nostro intervento terapeutico è costituito dalle metrorragie. Queste emorragie talvolta si manifestano come mestruazioni abbondanti e protratte, talvolta come perdite a comparsa e decorso irregolare, che non fanno direttamente perire la donna, ma producono un'anemia che conduce ad una degenerazione dei vari visceri, specialmente del cuore.

Altri sintomi importanti sono quelli dovuti a compressione sulla vescica e sul retto. Quando una donna si lamenta prima e durante la mestruazione che soffre di disturbi vescicali che producono un frequente stimolo ad orinare, oppure impediscono la minzione, bisogna pensare anzitutto ad un mioma retrocervicale che produce uno spostamento della vescica in seguito alla congestione uterina che si ha durante la mestruazione. Più rari invece sono i fenomeni di compressione sul retto, e sono rappresentati in genere da dolori durante la defecazione e da emorragie emorroidarie.

Cura. — Koeberle fu il primo che tentò di operare chirurgicamente i miomi prima che fosse introdotta l'antisepsi; più tardi Hegar, Schröder proposero altri metodi più o meno fortunati. Infatti in una pubblicazione dello Schröder su 100 casi operati risulta ancora una mortalità del 33 %. In seguito poi fu introdotto il metodo dell'isterectomia totale per via vaginale e addominale ed oggi si può dire che mercè i sussidi della scienza si registra appena una mortalità del 2-3 %; anzi alcuni operatori pubblicano 50-100 casi senza alcun esito letale.

Dati questi ottimi risultati operatori non è da meravigliarsi se fino a poco tempo fa non si era sentita la necessità di una cura dei miomi coi raggi Röntgen.

Albers-Schönberg di Amburgo fu il primo a tentare la radioterapia nei tumori uterini; egli usava deboli irradiazioni separate da lunghi intervalli; ma non seppe filtrare i raggi cosicchè si verificarono malgrado tutte le precauzioni dei danni, forse delle radiodermiti; però i risultati definitivi furono abbastanza buoni.

A lui seguirono i francesi usando dosi moderate fino a che Kroenig e Gauss usarono dosi molto più forti ed ultimamente usarono perfino raggi di 1500 unità. Quantunque essi assicurino di aver in tal modo ottenuto il 100% di guarigioni, è doveroso dire che alcune di queste pazienti ebbero più tardi abbondanti metrorragie che richiesero un intervento operativo: però alla scuola di Friburgo resta il merito di aver dimostrato che si può colpire il tumore e le ovaie con un « fuoco incrociato » ed aver aggiunto alla via addominale anche la radioterapia per via vaginale.

La radioterapia non è però priva d'inconvenienti. I disturbi che accusano i pazienti sono vari: alcuni soffrono di emicrania, altri hanno

leggeri rialzi termici; altri infine hanno abbondanti perdite sanguigne specialmente durante la mestruazione che segue all'applicazione dei raggi.

Il vantaggio principale della cura coi raggi è che essa può far evitare spesso l'operazione specialmente fra i malati di cuore e di reni, per i quali la narcosi costituisce sempre un serio pericolo. Gli svantaggi sono costituiti dalla lunga durata della cura e dalle spese che questa apporta, per le quali ragioni tale terapia non si rende ancora alla portata di tutti. Esistono poi delle controindicazioni alla cura; anzitutto nei miomi sottomucosi la cura non è indicata giacchè essi facilmente tendono a peduncolarsi; poi nei casi di diagnosi incerta è bene guardarsi sempre dalle irradiazioni. Non è pure da applicare la radioterapia alle donne al disotto di quarant'anni, giacchè in queste la cura è più lunga, il resultato è incerto, e la maggior parte di esse si decide facilmente all'operazione. Infine per l'applicazione della radioterapia vi sono delle controindicazioni d'ordine sociale; ad esempio le donne della classe operaria sottoposte all'atto operativo riacquistano la capacità al lavoro dopo circa 14 giorni e non hanno altre spese che la retta giornaliera dell'ospedale, mentre la cura coi raggi si prolunga per mesi e mesi e porta una spesa considerevole.

Resta dunque per l'operatore, ancora un campo abbastanza vasto nella cura dei miomi dell'utero, per i quali secondo l'indicazione si procederà, di rado al raschiamento; più di frequente all'estirpazione dell'utero per via vaginale, e nei casi dove sia necessario all'isterectomia subtotale o totale per via laparatomica. È certo però che la radioterapia per i malati di fibromi e miomi costituisce un vero vantaggio.

TUMORI MALIGNI.

Tra questi sono da prendere in considerazione solamente i carcinomi giacchè i sarcomi anzitutto sono rari e poi richiedono la medesima terapia.

Per ciò che riguarda la etiologia si sa che il bacillo del cancro è sconosciuto, anzi i ginecologi dubitano se potrà mai essere trovato: infatti ciò che si è potuto dimostrare nei tumori dei topi non si può senz'altro riferire al carcinoma umano perchè esistono delle grandi differenze. Esiste una predisposizione al cancro dell'utero? Gli ostetrici affermano che il pericolo del cancro dell'utero cresce col numero dei parti dimodochè si può senz'altro dire che se la donna riesce ad evitare la « Scilla » del mioma cade nella « Carriddi » del carcinoma. Non solamente la pluriparità ha la sua importanza nello sviluppo di questi tumori, ma anche la posizione sociale, poichè la mancanza di riguardi durante il puerperio, il lavoro ripreso troppo presto, le fatiche eccessive, possono produrre vizi di posizione dell'utero, cerviciti, endometriti ed altri danni sulla base dei quali poi si sviluppa un carcinoma. È interessante ricordare come carcinoma e prolasso si escludano a vicenda; il Fehling in 100 operazioni per cancro e in 100 per prolasso avrebbe visto solamente 3 volte l'associarsi delle due infermità. Però in proposito non è possibile dare una spiegazione.

Cura. — Freünd sen. fu il primo che tentò l'isterectomia totale dell'utero carcinomatoso. Quest'intervento praticato per via addominale produsse dapprima la spaventosa mortalità del 60-70 %; cosicchè l'estirpazione per via vaginale introdotta da Billroth e Czerny fu risentita come un vero sollievo. A poco a poco poi la mortalità diminuì in seguito all'esperienza e ai progressi dell'asepsi; e fu allora che fu introdotto il metodo arditissimo di Wertheim, che permette dopo l'isolamento degli ureteri, un'amplissima demolizione dei parametri e delle pareti vaginali. In ogni modo bisogna calcolare fino ad oggi una mortalità del 10-% ed una guarigione durativa del 25 %.

Si può immaginare quindi con quanto entusiasmo sia stata appresa la notizia, diffusa circa un anno e mezzo fa, che fosse stato scoperto il rimedio universale contro il cancro. Quale valore pratico avrebbe un tale rimedio si può arguire dal fatto che in Germania muoiono circa 23,000 donne l'anno per cancro degli organi genitali.

Questo rimedio era il radio scoperto da Curie e il mesotorio composto da un chimico tedesco. La terapia col radio ha il vantaggio evidente che può far evitare l'atto operativo; però non bisogna asserire come fa Seuffert che le probabilità di guarigione sieno le medesime. La terapia col radio e col mesotorio è più gradevole della terapia coi raggi X ma senza dubbio è più pericolosa. Nei casi favorevoli i risultati che si ottengono sono stupefacenti; però accanto a questi vantaggi vi sono dei seri svantaggi.

Bumm ha pubblicato esempi che dimostrano l'irritazione delle cellule cancerose e la diffusione del cancro sotto la forte irradiazione; in altri casi si osservò una specie di combustione dei tessuti con conseguenti necrosi; Fehling ha osservato dei casi nei quali sopraggiunse febbre con albuminuria, cilindruria e tenesmo vescicale.

Sul modo di usare il radio non c'è molto accordo. Mentre Krönig consiglia di usare grandi dosi, Bumm sostiene il contrario, ed afferma che secondo la sua esperienza si può avere un effetto utile fino alla profondità di 3-5 cm. senza avere lesioni, con dosi mediocri separate da opportuni

intervalli. Di grande ammaestramento è una pubblicazione di Schauta; in una prima serie di casi egli procedette all'irradiazione continua, giorno e notte, per alcune settimane; i risultati furono: gravi lesioni di tutti i tessuti vicini e morte delle 11 malate sottoposte a tal cura. In un altra serie di casi procedette all'irradiazione solo di notte, ma anche qui il danno superò il successo. Finalmente procedette ad irradiazioni separate da lunghi intervalli e allora i risultati furono soddisfacenti.

Tra i metodi usati nell'applicazione del radio alcuni sono un po' pericolosi altri no. È degna di esser ricordata l'introduzione di candelette di radio (con filtri di ottone) in vagina, nel canale cervicale e perfino nella cavità uterina.

Se alcuni ginecologi parlano già oggi di guarigione definitiva, bisogna però ricordare che anche dopo la cura chirurgica non si può parlare di guarigione vera se non dopo cinque anni. E bisogna a tal proposito ricordare che Aschoff e Hausemann poterono dimostrare nelle autopsie di individui morti per carcinoma inoperabili la esistenza di cellule cancerose sul margine della neoformazione curata antecedentemente col radio.

È certo però che con tal mezzo si sono ottenuti dei risultati come in nessun altro modo si era riusciti. Si sono fatti regredire alcuni carcinomi della portio e del canale cervicale, in modo tale che dopo l'escissione coll'osservazione microscopica non si trovarono tracce del neoplasma.

Però il Fehling conclude, e con esso Czerny che i casi bene operabili debbono essere subito operati; egli vorrebbe però rinunziare per ora al metodo di Wertheim data la sua maggiore mortalità, ed usare invece l'estirpazione totale seguita subito dall'irradiazione.

Quale metodo sia più vantaggioso e quale quindi da preferirsi, ora non è possibile dirlo; bisogna attendere ancora un paio d'anni, quando ci sarà maggior esperienza in proposito.

La più recente proposta è quella di Bumm: egli vorrebbe usare una combinazione di raggi X e di raggi del radio e ricorda un suo caso in cui si ebbe la sparizione di un grosso carcinoma della portio dopo l'irradiazione dall'addome.

A. MANNA.

MEDICINA DI GUERRA.

Considerazioni sulla cura delle ferite dell'addome in guerra.

I precetti che esporremo sono tratti in parte dal libretto del prof. Oettingen, *Richtlinien f. die Krieschirurgische Tätigkeit des Arztes auf den Verbandplätzen*; ma sono stati integrati da considerazioni e deduzioni d'indole generale e da norme consigliate da altri autori.

Se, in condizioni normali, una ferita dell'addome è sempre da ritenersi come grave e di prognosi molto riservata, a maggior ragione dovrà considerarsi tale sul campo di battaglia, dove le condizioni di ambiente sono più incerte e difficili, dove per molte ragioni inerenti alla possibilità di cura, al difficile trasporto, alla ancor più difficile ospedalizzazione in sito, è probabile che l'aiuto venga tardo o non adeguato, dove infine il ferito stesso, per la fatica e lo strapazzo, per lo stato di depressione nervosa conseguente alla tensione ed alla sovraeccitazione della battaglia, presenta una diminuita resistenza organica.

Nella chirurgia ordinaria è ormai, credo, fuori di discussione che, ove vi sieno indizi o probablità sufficienti di lesione intestinale, urga intervenire; vi sarà gradazione di opinioni, propendendo alcuni per l'intervento costante, facendo altri qualche riserva, ma in ogni modo le condizioni di ambiente sono favorevoli e tali, generalmente parlando, che maggiori sono i rischi di una malsicura attesa che quelli dell'atto operativo.

Ognuno comprende invece che, per le suaccennate ragioni, la cosa cambia aspetto sul campo di battaglia e che quindi più lunga e più controversa sia stata in passato la disputa in proposito, disputa che oggi, per consenso, se mal non mi appongo, generale, si è decisa nel senso del non intervento nella maggior parte dei casi, salvo, come è naturale, le pur numerose eccezioni, poichè, evidentemente, vi sono circostanze nelle quali, pur con molto rischio, l'intervento si impone, anche se il chirurgo non possiede tutta la desiderabile abilità, poichè l'inazione sarebbe colpa e costituirebbe sicura condanna del paziente.

Certo poi che, ove si escluda l'intervento, rimarrà precetto fondamentale l'immobilità più assoluta che sia possibile per alcuni giorni, la medicatura protettiva asettica, previa cauta disinfezione o pennellature con *mastisol*, senza tintura di jodio (almeno così opinano alcuni, quantunque, modestamente, a me sembri che, evitando di lasciarla penetrare in cavità, non sembrerebbe fosse da proscriversi).

La fasciatura deve esser applicata pure in modo da disturbare il meno possibile il ferito, nè si deve soverchiamente incomodarlo con mutamenti di biancheria, collo svestirlo subito, ecc.

La tranquillità dell'infermo, l'evitargli lo shock prodotto dal dolore e dallo strapazzo saranno pure scopo della cura e a ciò, senza danno, potrà servire una moderata dose di morfina per via ipodermica, come pure, a spegnere la sete, serviranno enteroclisi ed ipodermoclisi.

Ove l'intervento sia necessario (ed esso dovrebbe sopratutto esser riservato agli ospedali da campo) bisogna poter essere sicuri di provvedere ad una completa asepsi e all'anastesia generale, lasciando sempre, dopo l'atto operativo, un drenaggio di garza attraverso la ferita.

Ove nelle prime ore non sia possibile e molto pericoloso il trasporto all'ospedale da campo ovvero non possa questo giungere fino al luogo dove sono riuniti i feriti di questo genere, sarà indicato l'intervento da parte dei sanitari delle altre unità più avanzate, sempre quando, naturalmente, sieno osservabili le condizioni sopraricordate.

Fra le circostanze che impongono l'intervento sono anzitutto da annoverarsi le emorragie esterne ed interne, le quali ultime si diagnosticheranno dalle condizioni generali, dal polso, dalla percussione dell'addome. Vengono poi i corpi estranei perforanti infissi nell'addome, che al primo momento non si dovranno togliere, ma fissare colla medicazione; così dicasi di vermi intestinali fuorusciti in parte dalle cavità che si salderanno alla parete addominale con aghi di sicurezza, segnalando sulle tabelline diagnostiche la necessità urgente dell'intervento. In casi di grave lesione della parete stessa e dell'intestino è d'uopo fissare i batteri nei dintorni della ferita col *mastisol* (questo permette la fissazione dei batteri mercè uno strato resinoso formamantesi intorno ai microrganismi che vengono appiccicati alla cute e agisce anche se fuoresce del sangue); poi si proteggeranno e si separeranno le parti integre da quelle offese con opportuna medicatura, segnalando anche qui la necessità di operare subito. Se vi è lesione semplice della parete addominale, senza prolasso dell'intestino, rimasto integro, praticare fasciatura *a corpo* e chiusura dell'addome; se invece vi è prolasso del peritoneo o dell'intestino, mai lasciar trasportare, ma provvedere sul sito, immediatamente o non appena possibile.

In questo caso si può avere:

Prolasso del peritoneo che non sia stato fissato; esso verrà assicurato alla parete con anse di seta, poi si procederà alla chiusura dell'addome. Indicazione: *da operarsi subito.*

Alla sezione di sanità od in altro luogo opportuno, legatura del peritoneo, affondamento del moncone, chiusura dell'addome.

Se vi è invece prolasso del peritoneo che sia stato fissato, si vedrà che esso è percorso da vasi di colorito bleu-scuro, turgidi, oppure che ha assunto colorito anormale ed è flaccido. Apporre l'indicazione: *operare subito,* come sopra si è detto. Nel caso di prolasso dell'intestino, integro, converrà rimetterlo subito in cavità, previo divaricamento delle pareti addominali con pezze sterili, asciutte, e pulitura asciutta dell'intestino stesso; poi si chiuderà l'addome.

Ove si riscontri prolasso dell'intestino offeso, sarà opportuno rimetterlo in cavità solo a sutura compiuta; qualora l'intestino, avente aspetto normale, non sia fissato e i dintorni della ferita appaiano insudiciati, si passerà uno stuello di garza a traverso il mesenterio, sotto le anse intestinali, come sostegno, assicurandolo d'ambo i lati alla parete. Badare a non produrre strozzamenti. Apporre l'indicazione: *da operar subito.*

Si praticherà poi resezione o sutura dell'ansa offesa. Non strisciare troppo fortemente; pulizia asciutta dell'intestino; giacitura sul dorso, chiusura dell'addome.

Nel caso in cui l'intestino è prolassato e afferrato, si amplierà la ferita nel senso della lunghezza, divaricando le pareti addominali con strumenti ottusi, pulendo le anse con materiale asciutto e risalendo fino al punto leso. Poi si procederà come nei casi precedenti, non appena possibile.

In caso di formazione di fistole, queste si riconosceranno dalla qualità della materia che esce dalla ferita.

Si applicheranno fascie a corpo con molto materiale di medicazione assorbente.

Le fistole stercoracee possono formarsi in diverse parti del corpo (dorso, coscia, ano, addome): in tali casi si applicheranno grandi impacchi umidi, che assorbono ancora meglio della garza asciutta; fasciatura a corpo.

Le fistole biliari si formano solo dal lato destro del corpo; anche qui occorre medicatura abbondante e assorbente.

Le fistole urinose, pure si formano in varie parti e richiedono medicatura molto assorbente.

Al posto di medicazione (Truppen-Verbandplatz), i feriti dell'addome si tratterranno per 4-5 ore almeno in riposo, con buone coperte, su buone barelle, all'ombra, con soffice giacitura. Se il trasporto è indispensabile e deve durare 2-3 ore, si somministri oppio.

Dalla sezione di sanità (Hauptverbandplatz) non si devono sgomberare feriti di questo genere; meglio lasciarli sulle prime linee od anche in mano al nemico.

Taluni consigliano di aprire con breve incisione la parete addominale, al di sopra del pube, tanto quanto basti per passarvi un tubo da drenaggio grosso quanto il dito mignolo. Questo se la lesione è recente, di 24-48 ore. Per l'operazione basta anestesia locale.

Se la lesione data da un tempo più lungo, bisogna, previa esplorazione per via rettale del cavo del Douglas, aprirlo, qualora vi sia sporgenza manifesta, attraverso il retto oppure lungo la linea parasacrale. P. ZANUTTINI.

MEDICINA D'INFORTUNI.

Nevrosi traumatiche o nevrosi da indennizzo?

In una recente seduta della società degli infortunisti svizzeri, il Kaufmann mette in evidenza alcuni punti essenziali della dottrina della nevrosi traumatica e li pone in discussione.

TESI I. — *Le cosidette nevrosi traumatiche debbono più propriamente designarsi col nome di nevrosi da indennizzo, perchè si verificano in conseguenza di malattie indennizzabili.*

Col nome generico di nevrosi traumatiche si designano oggi ordinariamente i vari stati nervosi conseguenti ad infortuni. Il maggior numero di essi appartengono al campo della nevrastenia, dell'isteria e dell'ipocondria. Rumpf e Horn sulla base di ricerche recentemente intraprese distinguono come forme speciali la *nevrosi da spavento* e la *nevrosi da commozione*. Nella prima segue all'alterazione psichica provocata dall'infortunio un complesso sintomatico vasomotorio: abnorme eccitabilità del cuore, acceleramento del polso, cardiopalmo, vampe alla testa, cefalea, tendenza alla sudorazione, ecc.

Come *nevrosi da commozione* i due AA. intendono le alterazioni nervose successive a traumi della testa. Esse sono caratterizzate da sintomi cerebro-spinali: cefalea, senso di casco, di trazione e di lacerazione alla testa, senso di vertigine nel piegarsi e nel camminare, diminuzione della memoria, dell'attività muscolare e del discernimento, ipereccitabilità degli occhi, degli orecchi, ipersensibilità ai rumori, ecc.

Fintantochè tutte queste nevrosi si ritennero conseguenza di infortuni, è passata senz'altro la designazione di malattie nervose da infortunio, nevrosi da infortunio e nevrosi traumatiche. Ma le ricerche degli ultimi anni hanno provato che in seguito a infortuni si verificano nevrosi sol quando l'infortunio sia indennizzabile e che le stesse nevrosi si presentano anche per qualunque malattia, se questa venga complicata da questioni d'indennizzo, perchè non l'infortunio, ma l'indennizzo forma la condizione essenziale per la origine della nevrosi.

La mancanza della nevrosi da trauma nel periodo precedente a quello assicurativo è dimostrata:

1. Dai manuali e dai trattati di chirurgia di quell'epoca, che non ne parlano affatto;

2° Dall'affermazione dei vecchi clinici e dei vecchi medici di quello stesso periodo;

3° Dalla statistica degli infortuni delle ferrovie austriache sopra gli ultimi dieci anni prima e sopra i primi dieci anni dopo l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria dei ferrovieri. Fra le malattie che possono complicarsi colla nevrosi l'O. ricorda il saturnismo cronico e le diverse malattie in rapporto a infortuni. Anche nell'assicurazione germanica degli invalidi si osservano ugualmente nevrosi e in tal caso l'infortunio non entra in giuoco.

Finalmente la dipendenza delle nevrosi dallo indennizzo è dimostrata dal fatto che tutte le nevrosi scompaiono rapidamente dopo la liquidazione definitiva dell'indennizzo.

TESI II. — *La nevrosi è tanto più frequente, quanto più grande è l'indennizzo in vista.*

Nelle ferrovie austriache, secondo Braun, la frequenza delle nevrosi per gli infortuni fuori di servizio, che sono indennizzati col 60 % del salario, ammonta al 28 %, per gli infortuni in servizio, e che sono indennizzati col 90-120 % del salario, al 14 %.

Nella circoscrizione ferroviaria di Elberfeld la frequenza, secondo Horn, raggiunge per gli operai, 0,63 %, per gli impiegati e gli aiuti-impiegati 3,14 % e per i feriti in ferrovia 46 %. La qualità degli infortuni è la stessa, l'indennizzo per gli operai basso, per i privati alto.

TESI III. — *Non esistono differenze essenziali fra le malattie che si verificano in individui affetti da nevrosi o ad essa predisposti già prima dell'infortunio e quelli ammalati unicamente per l'influenza delle emozioni **dell'indennizzo**.*

Negli individui cosidetti nervosi l'infortunio può influire in generale solo in modo passeggero: insonnia, disturbi cardiaci e gastrici, dolori di diverse specie e processi di coazione possono esistere durante le prime settimane, ma poi scompaiono completamente. Se invece vi sono pretese d'indennizzo, i disturbi nervosi scompaiono soltanto in seguito alla liquidazione dell'indennizzo. Infortuni lievi e di medio grado hanno più spesso per conseguenza la nevrosi, infortuni gravi raramente.

TESI IV. — *Il comportamento inopportuno dell'infortunato e la simulazione hanno una parte importante nella genesi delle nevrosi.*

Manifestazioni del comportamento inopportuno sono: l'imbrattamento di ferite e di fasce, atteggiamenti forzati non necessari del corpo, delle membra e specialmente delle dita, persistenza non necessaria nello zoppicare e nel camminare col bastone. Quest'atteggiamento inopportuno si inizia abitualmente verso la fine del trattamento curativo e viene poi protratto a bella posta. La frequenza della simulazione nelle nevrosi è attualmente in Germania, secondo Schultze, intorno al 50 % e in Svizzera, secondo N. Nägeli, ugualmente alta.

TESI V. — *Il decorso e la prognosi sono influenzati dal sistema **d'indennizzo**.*

Migliori sono il decorso e la prognosi col sistema della liquidazione in capitale. Billström parla di 90 % guarigioni in Svezia nelle nevrosi in seguito a traumi alla testa, Wimmer in Danimarca di 93,6 % nelle nevrosi in genere, Nägeli sulla base di 138 casi di nevrosi traumatiche in Svizzera afferma: « quasi mai residua una invalidità permanente o una temporanea per più di 2-3 anni col sistema della liquidazione in capitale ».

Molto più sfavorevoli sono il decorso e la prognosi col sistema tedesco dell'indennizzo-rendita. Wassermeyer e Sturzberg trovarono sopra 103 casi guarigioni nella misura del 27 %, peggioramenti nella misura del 12 %. Il più spesso si ottiene miglioramento e guarigione nelle semplici forme nevrasteniche e isteriche; i più frequenti peggioramenti si verificano nelle nevrosi a forma depressiva e combinata.

TESI VI. — *Si rendono necessarie misure profilattiche nell'interesse della corretta applicazione dell'assicurazione infortuni.*

Un trattamento curativo unitario, energico e perciò il più delle volte rapidamente condotto a termine è, secondo il parere del R. V. A. germanico, la miglior profilassi. Da ciò i medici debbono trarre le conseguenze opportune. Molto raccomandabile appare il perfezionamento d'un sistema di liquidazione, mediante il quale perda il suo odierno carattere di conflitto. Non si può oggi stabilire fino a qual punto possa agire in via profilattica la punizione dei simulatori convinti e dei truffatori.

TESI VII. — *In seguito alle odierne osservazioni l'importanza lavorativa delle nevrosi da indennizzo si può formulare nel modo seguente: in seguito alla liquidazione definitiva dell'indennizzo si deve ammettere una incapacità lucrativa temporanea per 1-3 anni, ma non una permanente.*

Di queste osservazioni si deve tener conto anche col sistema dell'indennizzo-rendita. Questa conclusione scaturisce dalle osservazioni praticate in Danimarca, in Svezia e in Svizzera, dove la rapida guarigione dopo la liquidazione dell'indennizzo è la regola. Nei paesi col sistema d'indennizzo-rendita, specialmente in Germania e in Austria, si verificano ancora guarigioni, ma la regola è che bisogna mantenere la rendita per lungo tempo e in una forte percentuale per tutta la vita. Per cui la legislazione infortunistica Svizzera ha introdotto (art. 82) la rendita temporanea a scalare fin da principio. Col sistema di indennizzo-rendita tedesco e austriaco, si raccomanda, secondo il parere di Strümpell, la somministrazione di rendite supplementari da sospendersi entro 2-4 anni. Una valutazione ponderata e degna di fiducia deve offrire agli organi assicurativi e ai giudici la prova sicura di essere scaturita da dati di fatto.

L'assicurazione privata per indennizzare le nevrosi farà tesoro dell'esperienza dell'assicurazione collettiva e potrà accordare liquidazioni in base a un'incapacità lavorativa temporanea per 1-3 anni.

Poste in discussione queste tesi lo Ziegler osserva che un importante fattore nella profilassi delle nevrosi da trauma sta in ciò, che i medici debbono prendere familiarità con questa malattia più di quanto fin qui non abbiano fatto.

Frank osserva: al medico pratico e al chirurgo non è possibile dinanzi a una nevrosi da trauma di porre fin da principio la diagnosi precisa: esistono però numerosi casi, nei quali se si fosse fatta la diagnosi a tempo opportuno si sarebbero potuti evitare molti guai. In molte forme ipocondriache si ha che fare con individui nevropatici, nei quali il trauma provoca una esacerbazione dello stato nevropatico. La nevrosi da trauma non è altro che un'alterazione affettiva. In tutti i casi degli individui che egli ha studiato, questi avevano da anni una predisposizione alla nevrosi che non si era ancora resa manifesta; in occasione di un trauma anche insignificante la nevrosi si rese manifesta. Esistono nevrosi traumatiche in individui non assicurati ed hanno gli stessi caratteri come nei casi indennizzabili. Inoltre l'O. ha osservato anche casi nei quali la guarigione è avvenuta anche prima della fine del procedimento d'indennizzo. In tutti questi individui, nei quali le ansie hanno gran parte, troviamo una maniera speciale di reagire agli affetti: si tratta della cosidetta lotta di affetti. Questi individui combattono tutto il giorno coi loro affetti e cercano di soffocarli: quando giunge l'indennizzo, questa lotta cessa spontaneamente. Questi individui dovrebbero al più presto possibile esser sottratti dal loro ambiente e venir curati in un istituto conveniente da medici specializzati.

Steinmann fa rilevare l'importanza di fare una prognosi precoce da parte del medico curante. Una prognosi errata ha spesso per conseguenza l'insorgere d'idee di paura nell'infortunato. È importante anche combattere lo atteggiamento inopportuno del paziente.

Kaufmann conferma che al trauma non spetta alcuna parte essenziale nella patogenesi della nevrosi da trauma. Egli ritiene l'espressione nevrosi da indennizzo più giusta di quella di nevrosi da trauma, perchè si verificano ad esempio nevrosi anche in seguito ad avvelenamenti nei quali il trauma non entra affatto. « In tutti quei casi, nei quali esistono diritti d'indennizzo

si verificano nevrosi e queste noi comprendiamo col nome di nevrosi da indennizzo ».

Arnd concorda nelle conclusioni del Frank; dubita che prima dell'obbligo dell'assicurazione non sian affatto esistite nevrosi da trauma, ma conviene che spesso si tratta di nevrosi da indennizzo.

Maier non ritiene giusto il titolo generico di nevrosi da indennizzo, perchè egli ha veduto numerosi casi di nevrosi da trauma tipiche, nei quali non figurava affatto la questione dell'indennizzo.

GINO PROSPERI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 21 dicembre 1914.

C. CANESTRO. *Sulle ematurie consecutive all'appendicectomia.* — L'A. riferisce su di un caso di ematuria consecutiva all'appendicectomia che egli ebbe occasione di osservare e accenna ai pochi casi finora noti nella letteratura. Si trattiene a discutere sulla patogenesi dell'ematuria verificata nel suo caso concludendo piuttosto per una forma postnarcotica e postoperativa che per una ematuria più particolarmente da appendicectomia.

U. VIGNOLO. *Osteomielite acuta in neonato.* — L'A. riferisce sopra un caso di osteomielite acuta verificatasi in un neonato accennando alla rarità di una tale affezione durante la prima infanzia e discutendo sulle possibili cause determinanti di essa. Illustra poi il reperto radiografico relativo.

D. MARAGLIANO. *La cura della scoliosi col metodo di Abbot.* — L'O. presenta prima un nuovo caso di grave gobbo spondilitico in cui l'operazione di Albee ha permesso di ottenere una correzione quasi completa. Dimostra le relative radiografie. Successivamente riferisce, pure basandosi su proiezioni, dei risultati da lui ottenuti nella scoliosi grave col metodo di Abbot. D'accordo con tutti i chirurghi tedeschi ritiene che il metodo sia efficacissimo per ottenere un miglioramento notevolissimo del gobbo costale e della torsione vertebrale, mentre lo ritiene non atto a dare la correzione della deviazione laterocostale come pretende Abbot. Nei suoi casi ha ottenuto realmente la correzione del gobbo mentre i risultati sull'arco laterale furono quasi insignificanti. Poi, siccome ciò a cui più tengono i malati è quello di ottenere la simmetria del torace ritiene che il metodo di Abbot sia attualmente il migliore mezzo di cura delle scoliosi fisse gravi.

C. FORONI. *Rara forma di cheratite.* — L'O. presenta ed illustra un caso di cheratite non suppurativa esponendo in dettaglio i vari elementi diagnostici più importanti. In esso ottenne buoni risultati praticando la cheratectomia con ablazione di tutto il tratto corneale infiltrato.

SEGALE.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 25 febbraio 1915.

A. GHEDINI. *Sul mio processo di sutura renale a seguito di nefrotomia.* — L'A. così lo descrive: Preparo 4 fili di catgut n. 4, lunghi circa 20 cm.; prendo il punto medio di ciascuno e compio due nodi distanti ciascuno cm. 1, 1/2 dal punto medio. Infilo un ago retto rotondo su ciascuna estremità libera di ciascun filo.

Nel territorio del polo superiore del rene infiggo, dall'interno all'esterno, nel tessuto di una delle 2 valve renali, i due aghi montati su uno dei fili, avendo cura di tenermi in prossimità del fondo dell'incisione fatta nel rene. Altrettanto faccio col 2° filo nell'altra valva. Nella istessa guisa applico il 3° e 4° filo al polo inferiore del rene.

Ciò fatto, tolgo la compressione del peduncolo e avvicino le due valve, facendole mantenere a contatto, fra le dita, dall'assistente. Tolgo gli aghi dai fili e incrocio, sul bordo concavo del rene, le estremità libere distali dei due fili piazzati nel territorio del polo superiore.

Faccio passare dette due estremità dei fili, rispettivamente lungo la faccia anteriore e posteriore del rene e le annodo con doppio nodo, sul bordo convesso, stringendole moderatamente e avendo cura di disporre i nodi in fuori della linea di incisione. Uguale manovra compio con le estremità distali del 3° e 4° filo. Prendo quindi prima le estremità prossimali del 1° e 4° filo, le incrocio sul bordo convesso e le annodo fra loro; altrettanto faccio con le estremità prossimali del 2° e 3° filo, avendo sempre cura di stringere moderatamente e di disporre il nodo fuori della linea di incisione.

Infine pratico la sutura della capsula renale sul bordo convesso, con catgut sottile e alla maniera di Reverdin.

GIANNELLI. *Sulla invariabilità degli isolotti di Langerhans durante il digiuno degli anfibi.*

GIANNELLI (con la collaborazione dello studente S. Mongini). *Pancreas intrasplenico in Gobio fluviatilis.*

A. RIDELLA. *Per lo studio clinico dei fibromiomi a sviluppo infravaginale.* — Caso raro di voluminoso miofibroma sottomucoso del corpo dell'utero, il quale sviluppatosi endocavitariamente senza dare mai alcun sintoma rivelatore della sua presenza, attraverso alla bocca uterina dilatata, si era fatto strada per un terzo in vagina. L'A. crede che il tumore abbia avuto uno sviluppo totalmente endocavitario e che solo in seguito abbia manifestato la tendenza ad una evoluzione vaginale per un meccanismo analogo a quello del parto. L'estirpazione del tumore ebbe pieno successo.

A. RIDELLA. *Tumori addominali simulanti tumori pelvici.* — L'A. riferisce sulle particolarità cliniche di tre casi di tumori addominali, i quali potevano prestarsi ad essere confusi con tumori partenti dalla sfera dei genitali interni. Nel primo caso si trattava di un rene destro ptosico nella parte bassa della fossa iliaca di destra, nel secondo e terzo caso di due milze ptosiche in modo ragguardevole. Studia i caratteri clinici su cui si poggia la diagnosi differenziale di tumore renale e splenico dai tumori appartenenti alla sfera genitale interna.

Dott. EMILIO PADOVANI.

Società Eustachiana di Camerino.

Seduta del 3 febbraio 1915.

Prof. G. GALLERANI. *Le variazioni di pressione nel cornetto superiore durante la deglutizione.* — Se negli altri animali ha importanza fisiologica l'olfazione inspiratoria (fiutare) dall'esterno all'interno del naso, per la corrente d'aria che sale dall'innanzi all'indietro lungo la regione del turbinato superiore, nell'uomo è invero della massima importanza biologica l'olfazione che si determina dalle coane (Nageli).

Le molecole odorose salgono per quella via alla regione olfattiva; si associano così le sensazioni gustative alle olfattive che provocano inflessamente una più pronta attività dello stomaco, una vivacità maggiore dell'appetito.

L'A. dimostra con grafiche, indicanti le variazioni di pressione nel cornetto superiore, quale ne è il meccanismo e quale il momento, durante la deglutizione, in cui si verifica l'olfazione delle coane. Mette in parallelo i tracciati della detta pressione con quelli della deglutizione (sollevamento e abbassamento del laringe), della contrazione dei muscoli milo e genio ioidei e dei masticatori, nonchè con quelli della respirazione.

Egli dimostra che al principio della deglutizione si verifica un rapido aumento della pressione nel cornetto superiore per la chiusura rapida della via alle coane, data l'elevazione e tensione del palato molle che vi si adatta ermeticamente e che alla fine della deglutizione stessa vi ha, prima, una forte e rapida diminuzione di pressione per un appiattamento del velo pendulo verso le coane e quindi un più forte e più rapido aumento, quando, disimpegnatosi il velo pendulo, l'aria costretta nel faringe viene spinta con violenza nelle coane in alto verso il turbinato superiore.

È in questo momento che le molecole odorose della bevanda o del cibo trascinate dall'aria, eccitano gli elementi sensitivi dell'organo dell'olfatto.

La diminuzione di pressione precedente dura circa 1/8 di secondo, l'aumento successivo più intenso, in cui si determina l'olfazione, assai meno: da 1/12 a 1/20 di secondo. È così legata automaticamente l'olfazione per le coane alla gustazione. Anche durante la masticazione si verificano analoghi ma meno intensi aumenti di pressione nel cornetto superiore.

Prof. A. FERRANNINI. Di accordo con i risultati sperimentali del prof. Gallerani, ricorda che nei sani l'atto completo della deglutizione degli alimenti viene abitualmente preceduto da tanti tentativi o abbozzi di quell'atto e durante questi tentativi si svolge in continuazione il meccanismo biologico della proiezione degli odori attraverso le coane, per disporre riflessamente e psichicamente nell'apparato gastro-enterico la buona digestione del bolo alimentare, che vi perviene con l'atto completo della deglutizione: tutto ciò, in associazione con l'altra stimolazione, che converge a questo medesimo scopo, cioè l'eccitamento del senso gustativo (riflesso psichico-gastrico di Pawlow). Oltre a ciò, la clinica ricorda che la digestione è spiccatamente perturbata, quando esistono gravi lesioni della mucosa olfattiva, e una delle ragioni del perturbamento sta nella deficienza dei riflessi olfattivo-gastrici, tanto che la guarigione dei perturbamenti dell'olfatto ha per conseguenza la guarigione dei disordini gastro-enterici in quegl'infermi, con esempio frequente nella infezione da influenza.

Pubblicheremo prossimamente:

GAROVI, *Appunti di chirurgia uretrale;*

VIRGILLO, *La reazione agglutinante del sangue nella infezione melitense.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare nell' adulto.

L'adenopatia tracheo-bronchiale, che tanta parte ha nella patologia infantile, non è una delle malattie che preoccupino nell'età adulta. Nelle autopsie infatti, anche di tubercolosi con estese lesioni polmonari, le ghiandole del mediastino sono o ingrandite o infiltrate o calcificate, ma non si trovano mai intieramente caseificate e rassomigliabili a castagne cotte.

I gangli caseosi, dunque, che produce la tubercolosi infantile, non possono riscontrarsi negli adulti. Perchè?

Si può supporre che quando il fanciullo tubercoloso guarisce dalla sua malattia, i gangli tubercolari guariscono egualmente, calcificandosi. Ma questa supposizione è poco attendibile, perchè a prescindere dalla non corrispondenza fra forme calcifiche dell'adulto e forme caseose del bambino, resta sempre in contrasto coi principî di patologia generale ammettere che ghiandole divenute preda di rammollimento caseoso, possano generare tessuti sclerotici, che poi si calcifichino. È più logico dunque concludere che quando l'adenopatia tracheo-bronchiale porta la caseificazione delle ghiandole del bambino, questo muore per l'infezione.

Un'altra considerazione, oltre questa, emerge dalla osservazione, e cioè che la tubercolosi dell'adulto non provoca la caseificazione delle ghiandole, come fa quella del bambino. Oggi si spiega questa differenza coll'ammettere che le lesioni ghiandolari del fanciullo sono il prodotto di una prima infezione diretta, di fronte alla quale esse rappresentano quello che rappresentano i gangli caseosi del territorio d'inoculazione nella tubercolinizzazione sperimentale della cavia: invece le reinfezioni bacillari che dan luogo alla tubercolosi polmonare dell'adulto non determinano che lievi risentimenti ghiandolari.

La rarità delle lesioni gangliari dell'adulto spiega perchè la clinica taccia a loro riguardo; anche nei tubercolosi polmonari, esse non si rivelano, come in patologia infantile, con sintomi funzionali e disturbi da compressione; quando questi si hanno nell'adulto sono generalmente dovuti a lesioni non tubercolari o a mediastiniti tubercolari ove le lesioni ghiandolari occupano un modesto posto.

Nondimeno spesso nei tubercolosi adulti si riscontrano i segni stetacustici che si attribuiscono all'adenopatia tracheo-bronchiale: ottusità e soffio bronchiale paravertebrale, interscapolari; segno di d'Espine.

Il Bernard (*Paris méd.*, n. 19, 1914) ha cercato di spiegare questo fatto.

Coi raggi Röntgen si scoprono sicuramente, quando esistono, il gruppo centrale (gangli mediastinici) e i gruppi laterali (gangli dell'ilo) delle ghiandole tracheo-bronchiali.

Non esiste però un rapporto costante fra la loro presenza ed i segni stetacustici, forse un po' più concomitante sarebbe il segno di d'Espine.

In generale invece il soffio bronchiale è fedele compagno delle lesioni del parenchima, anzichè di quelle delle ghiandole: spesso infatti nelle zone del soffio si percepiscono rantoli fini sottocrepitanti, rivelatori di alterazioni del polmone. Siano poi queste in dipendenza delle lesioni ghiandolari, come pel bambino, afferma Meunier, o siano indipendenti, è certo che la constatazione del soffio bronchiale paravertebrale non autorizza a diagnosticare una adenopatia tracheo-bronchiale dell'adulto, nel quale tale lesione è rivelata soltanto dall'esame radiografico. L'adenopatia trocheo-bronchiale dell'adulto è, riassumendo, una reazione di reinfezione, con lesioni non gravi che spesso rimangono latenti, e si distingue, come è stato già detto, dalla adenopatia infantile per i criteri di patologia generale, che spiegano singolarmente i fatti clinici.

G. SABATINI.

Sull'accessibilità alla palpazione dei gangli occipitali.

È questo un capitol poco o niente accennato nei trattati classici; spesso gli autori ricordano appena che i gangli occipitali si palpano nei neonati.

Wodak (*Sem. méd.*, n. 28, 1914) ha fatto uno studio sull'argomento. Per i fanciulli la media dei casi nei quali questi gangli sono accessibili alla palpazione è, durante l'età che va da un mese a quattro anni, dell'85.5 %.

Scarsa influenza hanno le malattie, compresa la tubercolosi, eccettuati però l'eczema e la seborrea del cuoio capelluto, che rendono sempre evidenti i gangli occipitali.

Successivamente la percentuale si abbassa, ed attinge il 50 % verso il quattordicesimo anno, e verso il diciottesimo anno di età essa raggiunge la cifra, che poi si mantiene nell'adulto, cioè una percentuale nella quale i gangli non si palpano dell'89-90 %.

Questa scomparsa dei gangli occipitali nell'adulto in parte è riferibile all'atrofia fisiologica cui va incontro col crescere dell'età il tessuto linfoide, ed in parte al fatto che i gangli si fissano alla *fascia occipitalis* e vengono nascosti dal tessuto adiposo.

SABATINI.

TERAPIA.

I bagni generali nella cura della psoriasi.

Nella cura della psoriasi tutti i mezzi per via interna riescono inefficaci; i topici locali non sempre danno buoni risultati e spesso non sono privi d'inconvenienti.

Il miglior metodo è rappresentato dalla cura con i bagni generali. È noto quanto siano utili i bagni generali al sublimato corrosivo.

Il Balzer usa sistematicamente e con buoni risultati un altro genere di bagno generale. In un bagno caldo di 300 litri circa, aggiunge la seguente miscela:

Olio di cade . . . . gr. 100
Giallo d'uovo . . . . n. 2
Estratto fluido di Panama quanto basta per fare una completa emulsione.
Acido crisofanico . . . . . . gr. 6
Acqua distillata quanto basta per fare litri 1.

Questo miscuglio forma una emulsione fine, e l'acido crisofanico che non è solubile in acqua non precipita affatto.

Il bagno deve durare un'ora; il paziente dentro il bagno, senza spazzola nè sapone, si farà costantemente delle frizioni per tutto il corpo. Bisogna curare che tutte le parti del corpo siano immerse, anche il cuoio capelluto ed il viso che verranno spesso spesso bagnati, preservando gli occhi dall'azione dell'acido crisofanico.

Questo bagno dev'essere ripetuto 5 volte per settimana, con due giorni di riposo. In generale dopo tre settimane i risultati sono evidenti.

Ottenuta la guarigione, si diminuirà la frequenza dei bagni, praticandoli ogni 8-15 giorni per evitare le recidive.

Per correggere l'odore cattivo dei capelli, si asciugheranno con liquore di Hoffmann profumato con batuffoli di cotone:

Liquore di Hoffmann . . . . gr. 160
Estratto di violetta . . . . . » 40

Per rendere meno sgradevole l'olio di cade, si può aggiungere nel bagno tre grammi d'olio di betula.

Non si tratta di un metodo nuovo di cura della psoriasi; si tratta solo di un nuovo modo di applicazione di un metodo di cura antico, che dà buoni risultati. *p. s.*

Della cura di alcune dermatosi pruriginose con il siero di sangue normale.

Nella Clinica di Neisser a Breslavia, Ullmann, dopo i risultati favorevoli ottenuti dal Linser, ha curato 18 casi di affezioni cutanee pruriginose mediante le iniezioni di siero normale. Gli esperimenti di Linser erano stati provocati dai risultati ottenuti nell'*herpes gestationis* ed in altre dermatosi in rapporto con lo stato puerperale mediante le iniezioni di siero di sangue di donne puerpere e normali. Fra gli altri risultati, il Linser ebbe la guarigione completa in due su sei casi di pemfigo.

I casi di Ullmann furono presi fra quelli che si erano dimostrati a lungo ribelli ad ogni sorta di cura locale o generale, ed avevano sempre recidivato. Durante questa cura, ogni altro trattamento fu sospeso, e nei casi in cui la suggestione poteva avere la sua influenza furono iniettate piccole quantità di soluzione fisiologica fra l'una e l'altra iniezione di siero, senza che il paziente se ne avvedesse.

Il siero fu preparato da soggetti giovani e forti, che clinicamente non presentavano nessun segno di malattia interna, ed avevano la reazione di Wassermann negativa.

Dalle iniezioni non si ebbe nessun incidente spiacevole, e le condizioni generali non furono affatto influenzate. Furono così trattati sette casi di dermatite erpetiforme, due casi di eczema infantile generalizzato, tre di orticaria, quattro di prurito da causa non determinata, un caso di prurigo, un altro di pemfigo volgare.

Non si ebbe nessuna influenza nel decorso dell'eczema infantile nè per i caratteri morfologici, nè per il sintoma prurito. Non si ebbe neppure alcun miglioramento nella dermatite erpetiforme. Nei due casi di orticaria invece si ebbe dopo le iniezioni notevole diminuzione del prurito, benchè in nessun caso si avesse guarigione completa, e non si fossero del tutto prevenute le recidive.

I risultati più favorevoli si ebbero nei casi di prurito di natura puramente nervosa. In questi casi l'elemento psichico dev'essere tenuto in considerazione. Nel caso di prurigo di Hebra, il prurito fu fortemente migliorato.

Concludendo, non si ebbe nessun risultato dall'uso del siero di sangue umano normale nella dermatite erpetiforme; ma esso dimostrò un'influenza favorevole sul prurito nella dermatosi a base nervosa, come nella prurigo e nell'orticaria, nelle quali però non si ebbe tuttavia guarigione duratura.

Ullmann ritiene che le iniezioni di siero non hanno nessuna influenza sulle condizioni generali del paziente. Egli non ebbe mai a notare fenomeni anafilattici. Egli considera giustificato

ricorrere a questa speciale terapia nei casi di dermatosi universali ribelli alle altre cure. Ritiene inoltre che la percentuale dei successi ottenuti dalle iniezioni endovenose di siero normale umano potrà migliorare, se esse saranno riservate ai casi di dermatosi di natura tossica, escludendo da questa cura ogni forma di eczema, psoriasi e tutte le eruzioni a tipo vescicolare. (*Boston med. and surgical Journal*, agosto 1914).

p. s.

La cura delle gangrene con l'arsenobenzolo.

La constatazione di forme fuso-spirillari nelle gangrene è stata la ragione del tentativo di cura arsenobenzolica. Di già Ravaut ed altri hanno segnalato resultati favorevoli ottenuti, sia con le iniezioni endovenose del rimedio, sia con applicazioni locali.

Lacapère e Lenormant (*Presse méd.*, 28 gennaio 1915) hanno usato tali metodi di terapia in sette casi; quattro riguardavano gangrene da congelamento, due, gangrene gazose di origine traumatica, uno, escare da decubito. L'esame bacteriologico non è stato praticato in tutti i casi, non è stato mai completo (non emocoltura): in tre casi, fra i sette, l'esame bacteriologico del pus non ha rivelato forme fuso-spirillari.

Nei *primi quattro casi*, in seguito a congelamento, si è costituita gangrena di parte degli arti inferiori, di vario grado: l'arsenobenzolo è stato usato in due casi per iniezioni endovenose (piccole dosi 0.15-0.30) ed applicazioni locali, negli altri due, solo per applicazioni locali (soluzione: 1 : 1000).

Risultati: un decesso e tre guariti; dei casi, con esito in guarigione, due leggeri (applicazioni locali); la medicazione locale tuttavia ha dimostrato un'azione nettamente favorevole; la disinfezione, la deodorazione e la pulizia delle ulcerazioni sono state ottenute in pochi giorni, mentre gl'impacchi di acqua ossigenata erano risultati senza effetto.

Dei due casi di grave *congelazione, con fenomeni di nevrite ascendente*, febbre ed alterazione dello stato generale, nei quali fu usato anche l'arsenobenzolo per via endovenosa, *in uno l'effetto fu sensibile*, sia sui fenomeni generali che rapidamente si modificarono favorevolmente, sia sull'evoluzione locale delle lesioni, *nell'altro* l'intervento terapeutico, a malgrado dell'ausilio chirurgico (amputazione) provocò soltanto sollievo e transitorio miglioramento.

La *cura arsenobenzolica è stata pure negativa in un caso con gravi lesioni suppurate dell'omero e della coscia*, e con gravi escare da decubito: dopo ciascun'iniezione si ebbe diminuzione della temperatura, le applicazioni locali erano detersive per le escare, ma l'ammalato in seguito alle gravi lesioni e a nuove escare da decubito, soccombette.

Di due malati con *gangrena traumatica* la cura fu negativa in uno, positiva nell'altro caso. Nel caso negativo, la terapia fu usata assai tardi, quando la gangrena aveva invaso tutto l'arto inferiore, e a malgrado dell'amputazione della coscia, il moncone si gangrenò, e i fatti generali si aggravarono; nel caso favorevole la cura arsenobenzolica, unita a generose incisioni del focolaio da gangrena gassosa, si mostrò utile ausilio a correggere fatti generali e locali.

L'arsenobenzolo *è utile nella terapia delle gangrene*, di qualunque natura esse siano, comunque prodotte: si rivela come *un potente antisettico*, ad azione rapida e sicura, capace di *evitare la mortificazione dei tessuti e di favorire la riparazione.*

t. p.

Cura delle radiodermiti ulcerose

La cura della radiodermite ulcerosa è veramente difficile ed imbarazzante: l'infermo soffre intensamente, mentre la ferita tende ad estendersi sempre più, ed il medico sa che essa non mostra mai alcuna tendenza alla cicatrizzazione spontanea.

L'infermo è tanto più impaziente, in quanto la stessa causa del suo male è il rimedio proposto, cioè i raggi Röntgen.

Tutti i medicamenti sotto forma di polveri, pomate e soluzioni sono usati senza risultati benefici (ittiolo, ossido di zinco, creta preparata, acqua ossigenata, olio, glicerina, ecc.).

È stata usata con risultati poco concludenti anche la fototerapia.

L'intervento chirurgico è possibile soltanto nelle lesioni poco estese e non in tutte le regioni.

La cura dell'aria calda è sicura e senza pericoli: ordinariamente sotto anestesia generale o locale, si raschia l'ulcerazione e si cauterizza punto per punto con aria a 750 gradi. Vignat nel *Journal des praticiens*, n. 2, 1915 riassume parecchie osservazioni personali e conclude che l'aria calda permette di guarire radiodermiti che datano da più anni, sempre ribelli ad ogni cura. In tutti i casi si è sempre avuta la cessazione del dolore talvolta intenso, la produzione di una piaga sana, di buona natura, tendente alla riparazione, come una piaga ordinaria, con cicatrice liscia, sana, non deforme e senza retrazioni. La guarigione è stata sempre rapida.

p. s.

IGIENE.

Il pane bianco e il pane abburattato.

Se per poco si consideri che in quasi tutti i popoli il pane costituisce in media la metà, i due terzi, talora i tre quarti dell'alimentazione quotidiana, si comprenderà come i problemi inerenti alla sua produzione siano problemi vitali per la salute e per l'economia delle nazioni. La fabbricazione del pane ha subìto non pochi mutamenti nella storia, seguendo in parte i resultati di ricerche scientifiche rivolte alla ricerca del *pane più nutritivo*, in parte i bisogni di produttori di farine, legati ai mezzi di produzione. Dal *pane casalingo*, al *pane naturale*, al *pane integrale*, al *pane bianco* è stato un succedersi di metamorfosi nelle idee scientifiche e nella moda o nei bisogni del tempo.

I resultati sono stati spesso contradittorî a seconda che essi provenivano dalle analisi chimiche o dal laboratorio del fisiologo; e gli argomenti scientifici non raramente sono stati impiegati ed asserviti a questioni d'interesse economiche e sociali.

Dalle ricerche di Liebig, il quale concludeva che la crusca contiene per lo meno altrettante sostanze nutritive quanto la farina, e che l'abburattamento era una vera operazione di lusso, quale conseguenza diretta venne l'idea di Graham di far fabbricare il *pane completo* che porta il suo nome, e nel quale la crusca finamente macinata è completamente mescolata alla farina. Questo pane di colorito bianco, è aggradevole al gusto, ed ha proprietà lassative dovute al suo contenuto in cellulosa, indigeribile. La questione del pane di Graham è però ormai risoluta: vero è che la crusca contiene grande quantità d'azoto, di fosfati, di sali minerali, ma l'esperienza ha dimostrato che tali sostanze sono poco o nulla digerite nell'intestino umano e quindi inutili per l'assimilazione: esso può essere usato come un pane medicamentoso, ma non come il pane più adatto per l'ordinaria alimentazione.

Non del tutto risoluta è invece la questione del pane bianco e del pane abburattato.

Il grano di frumento si divide in tre parti: l'embrione, ricco in sostanze azotate che costituiscono l'1.43 %, gli strati esterni fatti principalmente da cellulosa ricca in azoto e in sostanze minerali (14.36 %); la parte centrale, che forma la parte più voluminosa, di colorito bianco, che costituisce l'84.21 % del grano ed è composta di una trama di glutine (9-11 %) e di grani d'amido (56-75 %).

Il grano è trasformato in farina o per mezzo delle antiche macine (mulino a vento o ad acqua) oppure per mezzo di apparecchi più moderni fatti da cilindri di ghisa o di porcellana. Con i primi apparecchi il grano subisce un trituramento che, eliminata la crusca, lasciava in fini frammenti il resto del grano; con i cilindri invece si ottiene un appiattimento dei grani, una separazione automatica, delle differenti parti, che permettono di ottenere divisi l'embrione, la crusca, la farina bianchissima della parte centrale (45-50 % del totale) formata sopratutto d'amido e contenente di glutine quel tanto necessario alla panificazione.

Mentre le macine di mulino dividono in frammenti la crusca e ne polverizzano una parte che passa a traverso le maglie dello staccio, l'embrione è macinato colla parte centrale.

Nei cilindri invece l'embrione è eliminato senza essere frammentato, sì che nulla della crusca passa nella farina bianchissima (fiore del grano).

La discussione s'è elevata a proposito del valore nutritivo delle due varietà di pane, *quello fatto con farine abburattate, con parte della crusca* e quelle di *pura farina*: l'abburattamento può essere del 10-20-25 % d'estrazione, ossia essere rappresentato dal 90-80-75 % del peso totale del grano.

Vediamo le ragioni che stanno per ciascuna delle opinioni.

I sostenitori del pane abburattato si fondano specialmente sulle analisi di laboratorio, ossia sul contenuto in sostanze nutritive delle farine o del pane confezionato, che, per concordia nei risultati, è superiore che non nella farina bianca; i sostenitori della farina bianca si fondano invece sulla utilizzazione delle sostanze nutritive, dedotto dal bilancio del ricambio materiale, misurando cioè gl'ingesti, le sostanze eliminate per le feci, i prodotti dell'urina; e a loro favore portano le percentuali di utilizzazioni altissime o complete della farina bianca, rispetto a quella più o meno incompleta della farina di frumento mescolata a crusca; inoltre questi soggiungono, anche industrialmente conviene usare la farina bianca, la quale, nutritiva più dell'altra, è facilmente conservabile, per la soppressione dell'embrione; è vero che questo contiene alta proporzione di sostanze azotate, ma per la sua scarsa percentuale nel peso totale (1.43 %) può essere trascurato; d'altra parte le farine *conservate* migliorano la qualità del pane.

È difficile dare un giudizio definitivo nelle discussioni, poichè esperienze esistono favorevoli alcune al primo, altre al secondo modo di pensare e molte esperienze sono facilmente criticabili; però se ci vogliamo attenere ai risultati ottenuti dal Fauvel e dall'Hinhede, i re-

sultati sono favorevoli ai sostenitori del pane bianco.

Rimane però nel problema una questione che esula dai semplicisti esami di gabinetto e delle grossolane esperienze di pochi giorni di bilancio organico: sembra accertato che nei cereali in genere esistano sostanze, indispensabili alla nostra nutrizione, contenuti negl'inviluppi esterni; quando tali sostanze siano eliminate dalla nutrizione, sopravvengono disturbi nutritivi che possono assumere la dignità di malattia: sono le cosidette *vitamine* di Funch, il beriberi ad esempio sembra sia dovuto all'uso del riso sgusciato e la sostituzione del riso grezzo può prevenire o migliorare notevolmente i sintomi della malattia; è l'assenza delle vitamine che determina la morte dei polli o dei piccioni assoggettati ad alimentazioni per esempio con riso raffinato, che fa morire i cani alimentati con solo pane bianco, mentre si conservano questi in perfetta salute quando il pane bianco sia rimpiazzato con pane abburrattato.

Mettendo nel bilancio la scarsa superiorità nutritiva del pane bianco, con i danni che dal suo uso esclusivo potrebbero derivare, tenendo anche conto della questione economica, il pane abburattato (15-20 %) corrisponde perfettamente e meglio forse del bianco, ai bisogni di una nutrizione razionale. PONTANO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(480) *Sul metodo Besredka per la prevenzione dell'anafilassi.* — Desidererei avere un chiarimento in merito alla anafilassi e l'antianafilassi. Il metodo di Besredka prescrive che, per evitare i fatti anafilattici, bisogna, nel caso di dover fare delle iniezioni di siero in un soggetto, a cui tempo prima siano state fatte altre iniezioni similari, cominciare con una iniezione di 5 cmc. se fatta sottocutaneamente e con dosi minori se si segue altra via. Ora la casa Burroughs & Wellcome ha messo in commercio delle fialette di siero di circa 1/2 cmc.

In caso di uso di tali fialette in secondo dovendo ricorrere ad iniezioni di siero come dovrebbe regolarsi il medico? Dato quanto è prescritto da Besredka come dovrebbe frazionarsi una fialetta di siero Burroughs? Oppure bisogna pensare che essendo ridotto ad una quantità minima il siero non occorrerà avere delle preoccupazioni e usare delle precauzioni per evitare i fatti di anafilassi?

La ringrazio e la ossequio

Dev.mo abbonato 2299.

Modica.

Il metodo Besredka trae origine dalla seguente esperienza: se ad una cavia, che abbia ricevuto da più di dodici giorni *una dose sensibilizzante di siero,* si inietta una quantità minima di siero per via sottocutanea, intraperitoneale o endovenosa, e se qualche tempo dopo si pratica la iniezione della *dose scatenante,* non si vede sopravvenire alcun fenomeno anafilattico. Per provocare tale stato antianafilattico basta per lo più una dose sola (vaccinante) prima dell'iniezione massiva; talora è necessario ripetere le inoculazioni preventive due, tre, quattro volte, a brevi intervalli, e aumentando la dose progressivamente (dosi subentranti).

Riportando, sull'uomo già sensibilizzato da una prima iniezione, l'esperimento, si possono stabilire le seguenti regole:

Iniezioni sottocutanee: si inocula sotto cute 1/4 di cmc. di siero; un'ora dopo 1 cmc., dopo 2 ore 2 cmc., dopo 3 ore, 3 a 5 cmc. dopo 4-6 ore si può praticare la dose massiva.

Iniezioni endovenose: si pratica un quarto d'ora, mezz'ora prima dell'iniezione curativa da poche gocce a 1/4 di cmc. per via venosa; oppure seguendo il metodo Neufeld, lungamente da noi contemporaneamente al Neufeld sperimentato, da 12 a 24 ore prima, una iniezione sottocutanea di 1-2 cmc. di siero.

Iniezioni intrarachidee. Due ore prima di praticare l'iniezione curativa, si inoculano per via intrarachidea 1 o 2 cmc. di siero.

Il metodo Besredka non sempre riesce ad evitare fenomeni anafilattici, talora nemmeno li attenua, come molti autori vorrebbero: in un nostro caso (già pubblicato sul *Policlinico* sez. pratica, 1913), lo schoch anafilattico fu gravissimo a malgrado dell'iniezione antianafilassante; si trattava in un bambino difterico, curato per via endovenosa, sensibilizzato un anno prima, ed al quale l'iniezione antianafilattica era stata fatta per via sottocutanea 16 ore prima.

Nella pratica delle iniezioni sottocutanee per vero i fenomeni da siero sono in generale poco impressionanti anche senza pratica alcuna antianafilattica, e col metodo Besredka in generale si riesce ad evitare gran parte di essi.

Il fenomeno anafilattico è dovuto al siero, solo ad esso, indipendentemente dal contenuto antitossico. Le fiale di Wellcome, che contengono 1/2 cmc. di siero, sono quindi ottime per inoculare grandi quantità di siero e per seguire la pratica dell'antianafilassi di Besredka. Le consigliamo in ogni caso il metodo delle dosi subentranti, cominciando da 1/4 di cmc. e progressivamente aumentando fino alla 4ª-6ª ora, in cui potrà inoculare la dose massiva, stabilita dalla età del malato e sopratutto dalla gravità e dallo stadio della malattia. *t. p.*

(481) *Sulla cura dell'iperidrosi plantare colla formalina.* — Ho letto nella sezione pratica del *Policlinico,* un breve articolo sull'etiologia del rene grinzo, nel quale si accenna alla cura dell'iperidrosi plantare (ritenuta come causa del rene grinzo) con la formalina, cura che è detto ha dato buoni risultati.

Le sarei grato se volesse avere la cortesia di dirmi qualche cosa circa detta cura.

Brandizzi. Abbonato 3678.

Molte cure sono state proposte per l'iperidrosi plantare, e si può dire che ogni giornale pubblica ogni tanto nel suo « Formulario » qualche nuova ricetta contro questo noioso male.

Molto favore incontrarono le spolverizzazioni quotidiane entro le calze con polvere d'allume; vantati sono tutti i lavaggi con sostanze astringenti.

La formalina però è stata a tale uopo riconosciuta di efficacia notevole.

Essa può essere impiegata pura (quale si trova in commercio, cioè soluzione acquosa di formolo al 25-35%) facendone per quattro o cinque giorni un bagno ai piedi, per alcuni minuti, limitato il più possibilmente alla regione plantare, la qual cosa si ottiene facilmente usando un largo recipiente piatto, su cui siansi versati un paio di centimetri di formalina pura.

Ma può essere anche adoperata allungata più o meno con l'acqua, a seconda della resistenza della pelle, e della sua facilità di reazione.

Così, per es.: negli ospedali militari, per i piedi callosi dei soldati, si fa largo uso di formalina pura.

Dopo i cinque o sei giorni di cura la pelle si è indurita e cuoizzata: allora si sospendono i bagni ai piedi, e per una ventina di giorni non si vedrà comparire il sudore: quando la pelle si è riammorbidita, ricomincia la trasudazione, ed allora è di nuovo necessario l'uso della formalina.

Se l'iperidrosi, come generalmente avviene, si manifesta solo nei mesi estivi, non riesce di soverchio incomodo ripetere la cura per quel breve periodo di tempo. SABATINI.

VARIA.

Il telefono in chirurgia. — Dopo aver ricordato i precedenti tentativi di applicazione del telefono per la ricerca dei corpi metallici nel corpo umano, Davidson in un articolo pubblicato nel *Lancet* (gennaio 1915), espone il risultato delle sue ultime esperienze al riguardo. I principî sui quali si fondano tali studi sono in rapporto al fatto che il telefono è lo strumento più sensibile per segnalare le minime correnti interrotte, mentre non funziona quando la corrente è continua.

Quando due lamine di diverso metallo sono immerse a distanza di un elettrolito, costituiscono gli elementi di una pila, che riuniti da un filo condutore dànno una corrente galvanica o continua. Così, funzionando i tessuti del corpo umano da elettrolito, si può ottenere la stessa corrente applicando su di esso dei corpi metallici riuniti da un filo conduttore.

Se in questo filo viene intercalato un apparecchio telefonico si può avvertire a mezzo di un suono la comparsa o la interruzione della corrente quando si avvicini o si allontani dal corpo uno dei due pezzi metallici. Per le applicazioni chirurgiche uno dei due elementi può essere una sonda o un altro strumento col quale si può a mezzo di questo dispositivo rintracciare un corpo metallico nell'organismo, perchè il rumore istantaneo che corrisponde alla comparsa della corrente realizzata dall'introduzione nella sonda nel corpo è ben diverso da quello che compare quando la sonda stessa tocca nei tessuti un corpo metallico, ad esempio, un proiettile.

Per ottenere dei rumori più forti è necessario che la lamiera da applicarsi sulla superficie cutanea e che costituisce l'altro polo della pila sia di carbone. Per diminuire la resistenza della pelle la si bagna con acqua salata dopo averla spalmata di tintura di iodio.

È preferibile adoperare un apparecchio telefonico a due ricevitori, il che permette di avvertire più fortemente il rumore che si ricerca, eliminando nello stesso tempo i rumori estranei. Uno dei fili viene attaccato alla lamina di carbone applicata sulla pelle, l'altro sarà attaccato ad un altro filo metallico disinfettabile, ad es., d'argento, al quale viene connesso lo strumento destinato al sondaggio o all'operazione curativa. In certi casi è conveniente coprire tutto lo strumento di una sostanza isolante salvo nel punto destinato a prendere contatto col corpo estraneo.

Quando lo strumento viene a contatto col corpo ricercato si ode al telefono un rumore tipico che continua fregando sempre con lo strumento sul corpo estraneo. Questo può così essere isolato dai tessuti circostanti, ad es. col bisturi, come se lo si vedesse, perchè i contatti del bisturi col corpo estraneo sono avvertiti dall'operatore come rumori a mezzo di telefono. Adoperando come strumento una pinza con la superficie esterna delle branche coperta di sostanza isolante, si può avvertire se il corpo metallico è a contatto con la superficie esterna o interna delle branche e quindi si può averne norma nella manovra di afferramento. DR.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. Dott. Guglielmo Bilancioni. — **Manuale di oto-rino-laringoiatria.** Premio gratuito agli abbonati al nostro giornale per l'anno 1915.

È usanza ormai vieta sollecitare compiacenti Direttori di Clinica a dettare un fervorino per i lavori che siano frutto dell'opera dei loro allievi prediletti; per solito questa presentazione ha lo stesso valore di un freddo atto di cerimoniale. A tale facile condiscendenza io mi sono sempre rifiutato: e tanto più ciò credo doveroso nel nostro paese, dove i lavori didattici nazionali sono soprafatti da quelli stranieri, alcuni dei quali non hanno che significato puramente editoriale. Sono dunque ben lieto di presentare agli studenti e ai giovani medici pratici, che purtroppo in Italia difettano nelle Università di un corso ufficiale obbligatorio di oto-rino-laringoiatria, un manuale che rispecchia non solo l'indirizzo di una nostra scuola, ma anche tutta l'evoluzione moderna di questo ramo importante della medicina.

Finora l'oto-rino-laringoiatria dovendo lottare per affermarsi come nuovo ceppo autonomo ebbe uno stuolo di cultori che sacrificarono gran parte della loro fruttifera attività allo studio particolare della propria materia, dimenticando il concetto che esso pure apparteneva al grande tronco della medicina e della chirurgia generale. Solo da pochi anni essi stessi hanno inteso che avrebbero svalutato l'oto-rino-laringologia senza porla sempre più a contatto della patologia generale.

Se ben mi appongo al vero, il manuale che ci offre il Prof. Bilancioni della mia Clinica, rispecchia questo indirizzo nuovo e veramente scientifico che deve avere la specialità, la quale non meno delle altre ha intimi, indissolubili legami con ogni altro ramo dello scibile medico; particolarmente con le nuove conoscenze sulle secrezioni interne, sulle reazioni immunitarie, sulle recenti idee della biologia, facendo tesoro di tutte le conquiste della fisiopatologia, nel difficile problema della vita umana.

Più che aggiungere altri argomenti ad invogliare il lettore ad accogliere con favore il manuale del Bilancioni, che a me pare pienamente rispondere ai concetti ora enunciati, tengo a esprimere un voto: riesca il libro, piccolo di mole ma solido di base, ad aumentare la schiera dei volenterosi che, sul punto di scegliere una speciale attività professionale, preferiscano l'oto-rino-laringoiatria, la quale rappresenta una delle sorgenti più vaste a efficaci ed utili scoperte nel campo della medicina pratica e scientifica; riesca il libro a illuminare le autorità superiori scolastiche sulla necessità di comprendere alfine la clinica oto-rino-laringoiatrica fra gli insegnamenti fondamentali della facoltà medica. Le esigenze dei tempi nuovi lo impongono, poichè non si sa concepire — ora che il governo ha sotto la sua egida i più vitali servizi pubblici, dalle assicurazioni alla protezione dei lavoratori, dai telegrafi e dai telefoni ai dicasteri della guerra e della marina — come un giovane laureato abbia quasi il diritto inesplicabile di ignorare ogni nozione, se se ne eccettui l'occhio, su gran parte degli organi di senso.

Ancora. Come italiano, gode l'animo mio nel dare il benvenuto al manuale di Bilancioni, che nel complesso del suo diligente e sintetico lavoro seppe mantenere alto il ricordo del dovizioso retaggio lasciato dai nostri sommi allo studio delle malattie dell'orecchio e delle prime vie respiratorie e vi trasfuse l'entusiasmo del suo animo di buon cultore della patologia generale e della storia della medicina.

Nel marzo del 1915.

Prof. Gherardo Ferreri
Direttore della Clinica Oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Tullio Pietro. Influence de l'intensité du courant faradique sur l'excitation et l'inhibition des muscles et sur la réaction myasthénique. — Liége, 1914.

Papanti-Pelletier P. Della cosidetta maschera ecchimotica della faccia consecutiva a traumi toraco-addominali ed in special modo della sua patogenesi. — Firenze, 1914.

Poso P. Su alcuni esperimenti con l'« HMC-Abbott » in ginecologia operativa. — Napoli, 1914.

D'Amico V. Tisi non tubercolare. — Roma, 1914.

Lamari A. La ipodermoclisi e le medicazioni ipodermiche, la toracentesi e la paracentesi elettriche. — Salerno, 1914.

Cavazzani T. Sopra tre casi di perforazione spontanea d'ulcera gastrica. — Milano, 1914.

Salmoni Guido. Schio. Ospedale Civile Baratto. Relazione sull'andamento della divisione medica nell'anno 1913. — Schio, 1914.

Mariani Carlo. Schio. Ospedale Civile Baratto. Relazione sull'andamento della divisione chirurgica nell'anno 1913 — Schio, 1914.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'Ordine dei medici della provincia di Palermo ha diramato il seguente comunicato:

Ill.mo Signore,

Mi pregio portare a conoscenza della S. V. Ill.ma la deliberazione presa da questo Consiglio nella tornata del 25 febbraio 1915 relativa al licenziamento dei dottori Collotti Eduardo e Salemi Giovanni da medici ispettori della Cassa Nazionale sugli infortuni:

« Il Consiglio, sentita la relazione del segretario sul caso dei dottori Collotti Eduardo e Salemi Giovanni, i quali dopo 19 anni e 9 anni di servizio rispettivamente prestato come ispettori della Cassa Nazionale infortuni sono stati licenziati a motivo di un rimaneggiamento dell'organico del personale sanitario;

espediti gli opportuni accertamenti di fatto ed attinte le informazioni necessarie;

tenuti presenti la legge sulla Cassa Nazionale infortuni del 1913 e l'ultimo regolamento organico della stessa;

ritiene che il detto licenziamento, a parte la quistione della legalità, sia lesivo del diritto e degli interessi morali ed economici dei due colleghi e quindi di tutta la classe, se dovessero prevalere nelle diverse Amministrazioni simili arbitrari sistemi, coi quali mentre si cerca di eludere la legge si vien meno ad ogni ben inteso principio di equità e di umanità;

mentre diffida tutti i colleghi e li invita a fare atto di solidarietà doveroso coi dottori Collotti e Salemi, rifiutando di accettare i posti da loro per tanti anni occupati onoratamente;

fa voti perchè il Consiglio superiore della Cassa Nazionale annulli il deplorato provvedimento preso dal Comitato esecutivo ».

Il consigliere segretario Dott. CESARE PIAZZA. — *Il presidente* Prof. LIBORIO GIUFFRÈ.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5186) *Visita delle carni macellate - Sostituzione dell'ufficiale sanitario al veterinario.* — Il Dott. A. R. da S. S. B. desidera conoscere se abbia come ufficiale sanitario diritto a compenso per la visita alle carni macellate fatte per diversi anni sia in assenza assoluta del veterinario, non ancora nominato, sia durante la presenza di lui ma nella impossibilità di compiere il servizio per le molteplici incombenze inerenti alla condotta.

Abbiamo più volte detto che all'ufficiale sanitario che mancando il veterinario ne faccia le veci nella visita delle carni da macello non competa alcun compenso perchè trattasi nel caso di onere impostogli da tassativa disposizione del regolamento di vigilanza sugli alimenti e sugli effetti di uso domestico. Ma se per converso il veterinario esiste ma non può, o perchè altrimenti occupato od in congedo, disimpegnare il servizio di visita delle carni, all'ufficiale sanitario che lo sostituisce compete speciale compenso. In questo secondo caso trattasi di completamento di servizio nell'interesse speciale del sanitario e perciò la sostituzione deve essere fatta a spesa di colui che dà causa alla deficienza e che trarrebbe vantaggio personale dallo aggravio di lavoro ridondante a carico del collega.

(5187) *Pensioni.* — Il Dott. V. D. N. da M. desidera conoscere quali pratiche bisogna espletare per liquidare la pensione e quali documenti vi sono necessari.

Il medico che ritiene avere diritto alla pensione deve inviare per mezzo del Sindaco ovvero direttamente domanda all'ufficio sanitario della provincia. Tale domanda deve indicare il nome il cognome, la qualità e la residenza del richiedente: deve essere sottoscritta dallo stesso e precisare il luogo dove si intende riscuotere l'assegno. Alla domanda, che deve essere scritta su carta da centesimi 65 debbono essere uniti, l'atto di nascita, l'originale diploma di laurea, uno stato nel quale sia specificatamente indicata la qualità, l'interruzione e la durata dei servizi sanitari prestati, nonchè l'ammontare degli stipendi percetti, e gli atti di nomina, delle successive conferme, sospensioni, riassunzioni in servizio, licenziamenti o dimissioni del servizio e tutti gli altri documenti che possano occorrere per comprovare i singoli servizi prestati. L'atto di nascita deve essere legalizzato dal Presidente del Tribunale, e deve essere la riproduzion integrale di quello esistente fra gli atti dello Stato civile.

(5188) *Soppressione del posto di vice direttore ospedaliero - Stipendio.* — Al Dott. abbonato 625 rispondiamo che dalla lettura del testo riprodotto integralmente nel quesito, si rileva che con il deliberato dell'agosto 1908, la Congregazione di carità intese principalmente provvedere all'aumento di stipendio, elevandolo ad annue lire 500. L'incarico di vice direttore dell'ospedale erale affidato in linea tutto affatto occasionale e non in dipendenza diretta dell'avvenuto aumento di assegno. Ora se l'autorità com-

petente ha creduto di sopprimere nell'interesse del servizio il posto di vice direttore, non può per questo solo fatto permettersi la riduzione dello stipendio, nel quale Ella è già da tempo divenuto stabile. Qualora la Congregazione di carità, che presentemente si occupa della vertenza venisse in diverso divisamento, Ella può ben intentare giudizio dinanzi al magistrato ordinario, per far condannare l'amministrazione dell'opera Pia al pagamento dello intero stipendio di lire 500.

(5189) *Persone aventi diritto a cura gratuita in condotta piena.* — Il Dott. abbonato n. 1090 desidera conoscere se possa aver diritto ad assistenza sanitaria gratuita una donna, che ordinariamente risiede fuori Comune perchè moglie di un forestiero e colui che dimorando in altro Comune ha eletto in codesto il proprio domicilio legale.

La donna maritata segue il domicilio del marito. La signora di cui è parola nel quesito, non avendo costì più alcun interesse patrimoniale od economico, segue la sorte del marito in quanto al domicilio e non può, quindi, essere curata gratuitamente. Colui che, pur dimorando in altro Comune, ha legalmente trasferito il proprio domicilio costà, ha invece diritto a cura ed assistenza gratuita. Il domicilio è la sede principale dei propri affari ed interessi. Esso crea vincoli duraturi e quasi sempre contributivi. Non può, chi è domiciliato in un luogo, essere escluso dalla cura gratuita in condotta piena.

(5190) *Aspettativa - Pensioni - Visite necroscopiche - Aspiranti alla Croce Rossa.* — Il Dott. abbonato n. 6860 desidera conoscere se due anni passati in aspettativa e durante i quali non ha percepito stipendio possono essere calcolati agli effetti della pensione, se nella pensione possono essere inclusi due anni di servizio prestato in altro Comune con relativo pagamento di contributo; se come medico necroscopo ha l'obbligo di visitare i cadaveri delle persone curate da altri medici, che rilasciarono il proprio certificato; se il certificato del medico curante deve essere consegnato all'ufficio di stato civile e se l'ufficiale sanitario ha l'obbligo di rilasciare gratuitamente i certificati medici agli aspiranti alla Croce Rossa.

Gli anni di servizio da calcolarsi agli effetti della pensione sono quelli fatti con percezione di stipendio. Poichè durante i due anni di aspettativa Ella, come afferma, non ha percepito stipendio, non può invocarli come utili nella liquidazione dello assegno di riposo. I due anni di servizio prestati in altro Comune, durante i quali ha percepito stipendio ed ha pagato i contributi prescritti, possono essere calcolati agli effetti della pensione, non ostante che fra il precedente ed il susseguente servizio vi sia stata interruzione di diversi anni. Il medico necroscopo ha sempre l'obbligo di verificare i decessi indipendentemente dal certificato medico che rilascia il medico curante. Il certificato medico del sanitario che ha prestate le ultime cure va inviato al sindaco e per esso all'ufficio dello Stato civile ed a quello d'igiene. Circa i certificati della Croce Rossa deve dare maggiori indicazioni specificando l'uso per cui sono richiesti.

(5191) *Indennità - Riscatto anni di servizio prestati prima della iscrizione alla Cassa di previdenza.* — Il Dott. A. M. da F. chiede conoscere quale indennità potrà riscuotere dalla Cassa di previdenza dovendo lasciare il servizio per ragioni di famiglia. Chiede pure conoscere se possa riscattare 7 anni di servizio prestati, prima della iscrizione alla Cassa di previdenza, avvenuta nel 13 luglio 1908.

Al medico che lascia il servizio per ragioni di famiglia prima che abbia compiti venticinque anni di iscrizione alla Cassa di previdenza, nulla compete, giacchè l'indennità, per coloro che abbandonano il servizio prima dei 25 ma dopo i primi dieci anni, è liquidato solo per ragioni di salute o per soppressione di posto o per condanna o per passaggio al servizio dello Stato. I sette anni di servizio prestati nella medesima qualità anteriormente alla di Lei iscrizione alla Cassa sono calcolati come utili agli effetti della pensione senza pagare alcun premio od annualità, e ciò a' sensi dell'articolo 36 del testo unico 2 gennaio 1913 n. 453 perchè Ella ha aderito nel giorno 13 luglio 1908 e, cioè, prima della promulgazione della legge 2 dicembre 1909 numero 744. Potremmo farle conoscere l'ammontare preciso della pensione, che a suo tempo potrà liquidare, se avrà la cortesia di indicarci l'età che avrà all'atto del collocamento a riposo, ripetendo, nel nuovo quesito, le condizioni di carriera, come sopra stabilite.

(5192) Al Dott. A. M. da S. R. rispondiamo che la famiglia agiata che alleva un trovatello deve pensare a pagare il medico per la prestazione delle proprie cure al bambino, il quale fa parte integrale della famiglia e segue la sorte e posizione economica della medesima.

(5193) *Estensione della condotta alla generalità degli abitanti.* — Il Dott. D. C. da L. desidera conoscere se estendendosi la condotta da residenziale alla generalità si sia obbligati a bandire un nuovo concorso, al quale debba esporsi anche il medico che è già in carica e che è stabile.

Non si deve nel caso esposto bandire un nuovo concorso. Trattasi, come la stessa parola chia-

ramente indica, di una condotta *che si estende* e non di una condotta ex novo, che si aggiunga o sopprapponga alla preesistente. Il medico già in carica come condottato pei poveri assume il servizio della intera ampliata condotta. Facciamo poi osservare che la spesa per la condotta piena è facoltativa e che essa non potrebbe giammai ostacolare i diritti acquisiti dal sanitario a riguardo del servizio obbligatorio dei poveri.

(5194) *Sessenni - Aumento di stipendio.* — Il dott. A. R. da P. chiede conoscere se il sessennio di lire 225 che in questo anno gli competeva possa essere incorporato nello aumento di stipendio di lire 200 che proprio in questo anno ha in suo favore deliberato il Comune.

Effettivamente come Ella dice riuscirebbe facile ai Comuni di eludere le ragioni economiche de' sanitari se ogni qual volta si matura il sessennio, si affrettassero a concedere un aumento qualsiasi di stipendio, dell'ammontare inferiore al sessennio stesso. Però ciò non è, perchè, pur ammettendo che l'aumento di stipendio assorbe il sessennio è certo che se il conseguito aumento non sia almeno eguale all'ammontare del sessennio, deve essere corrisposta la differenza separatamente.

(5195) *Graduatoria di vincitori al concorso di medico condotto.* — Al Dott. V. G. da S. A. all'E. rispondiamo che la Commissione giudicatrice del concorso a medico condotto non deve limitare a tre gli idonei su cui far cadere la scelta il Consiglio comunale. La graduatoria può contenere quanti nomi si vogliono, purchè ognuno di essi riporti valutazione non minore di 27 su 30. Se l'eletto non accetta il posto, bisognerebbe a rigor di termini bandire un nuovo concorso.

(5196) *Pensioni.* — Il Dott. N. S. da S. P. B. nato il 16 settembre 1860 ed assunto in servizio di condotta, che ancora espleta il 1° gennaio 1889 desidera conoscere quale pensione potrà liquidare al 31 dicembre 1915, netta di R. M. e quale al 31 dicembre 1916. Egli è inscritto alla Cassa di previdenza fin dalla sua istituzione ed ha pagato per un decennio il contributo plurimo di lire 220.

Con 27 anni di servizio e 55 di età, tenuto conto del contributo plurimo pagato per dieci anni, è fatta la deduzione del 2% a mente del disposto dell'articolo 12 del testo unico delle leggi sulle pensioni e della tassa di R. M., riceverà la pensione netta di lire 1066.53 annue. Con le medsime aggiunte e deduzioni, dopo 28 anni di servizio e 56 di età, liquiderà annue lire 1166.93.

(5197) *Medico con servizio a scavalco - Ricchezza mobile.* — Il Dott. abbonato n. 7080 espone che da circa cinque anni è medico condotto a scavalco in un limitrofo paese e durante tale periodo di tempo ha regolarmente pagata la R. M. nel suo domicilio. Ora è venuto a sapere che il paese nel quale esercita a scavalco e dipendente da altra Agenzia delle imposte, ha anche esso regolarmente pagato la R. M. per il medico. Non potendosi ammettere che debbano contemporaneamente pagare medico e Comune, desidera sapere se può pretendere il rimborso dalla Agenzia nella quale risiede e nella affermativa da quale epoca ed in che modo, e se possa essere obbligato dal Comune, ove esercita a scavalco, a pagare o meglio a rimborsare la R. M. anticipata e, nella affermativa, in qual modo.

La R. M. colpisce indistintamente tutti gli stipendii e gli assegni professionali. Tanto nel Comune ove Ella ha stabile residenza quanto in quello ove si reca ad esercitare la condotta a scavalco deve pagare la tassa di R. M.: nel primo, sull'ammontare dell'intero stipendio che percepisce; nel secondo, sul ricavato possibilmente netto della prestazione con detrazione delle spese necessarie per il trasporto. Ora Ella dice che il Comune ove esercita a scavalco ha pagato *de proprio* la R. M. Se per contratto la detta tassa di R. M. deve cedere a carico del Comune, questo non può chiedere a Lei rimborso di sorta. Ma se il contratto nulla dice in proposito è naturale che presto o tardi il Comune, che ha anticipata la somma, ne chiederà il rimborso ed Ella non avrà alcuna plausibile ragione da addurre per non eseguirlo.

(5198) *Rifiuto a visitare un ferito - Pagamento di visite fatte nell'interesse della giustizia - Pagamento di medicinali.* — Il Dott. P. R. da T. desidera conoscere se in un paese dove vi è il medico condotto può un libero esercente rifiutarsi a medicare un ferito povero ma non iscritto nella relativa lista a richiesta del Sindaco; da chi il medico deve farsi pagare se chiamato dal Delegato di P. S. o dall'autorità giudiziaria e da chi deve essere pagato il farmacista.

In seguito all'invito ricevuto dal Sindaco il libero esercente non può rifiutarsi dal prestare la propria opera in caso di ferimento di persona povera ma non compresa nel relativo elenco. Il rifiuto lo esporrebbe alla denunzia all'autorità giudiziaria per l'articolo 434 del Codice penale salvo le ulteriori sanzioni cui potrebbe trovarsi esposto nel caso che per il mancato ausilio sanitario l'individuo morisse.

Se il funzionario di P. S. richiede l'intervento del medico come ufficiale di polizia giudiziaria il pagamento della indennità relativa va fatto dal magistrato, e così ugualmente se l'opera del medico fosse da questi richiesta. Il farmacista, pei medicamenti che fornisce deve essere pagato dal ferito o dalla famiglia, perchè detta somministrazione è fatta a scopo curativo, nell'interesse, cioè, esclusivo dello interessato, e non a scopo di giustizia, diretta ad accertare l'entità e la gravità del delitto commesso.

(5199) *Certificato medico a corredo di querela - Pagamento.* — Al Dott. V. T. da C. rispondiamo che dal momento che il certificato medico a corredo della querela fu richiesto per iscritto dell'arma dei RR. CC. dovè essenzialmente servire per illuminare la giustizia e provare se trattavasi effettivamente di azione da esperirsi a querela di parte o di delitto perseguibile di ufficio. È giusto, quindi, che il detto certificato sia pagato dall'autorità giudiziaria avendo l'arma agito sotto la veste di ufficiale di polizia giudiziaria.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel Servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Il dott. comm. Fabbri Guglielmo, con decreto ministeriale del 15 corr., è stato promosso Capo del Servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato, che egli già dirigeva interinalmente.

All'egregio e valente funzionario i rallegramenti del « Policlinico ».

Nell'Amministrazione sanitaria.

Pagliani dott. cav. Paolo, medico provinciale, è promosso dalla 2ª alla 1ª classe.

Fusco dott. Gennaro, medico provinciale aggiunto, è trasferito da Bari a Bologna.

D'Aloja dott. Niccolò, id. id., da Perugia a Bari.

Caporali dott. Mario, id. id., da Belluno a Novara.

Vizioli dott. Biagio, id. id., da Chieti a Brescia.

Il dott. Luigi Santi è nominato membro del Consiglio provinciale di sanità di Forlì fino alla scadenza del triennio in corso.

Ordine della Corona d'Italia

Commendatore: dott. Rosati cav. Teodorico, colonnello nella R. Marina.

Ufficiali: dottori Mercatelli cav. Vincenzo, medico provinciale a Bengasi (Cirenaica); Erriquez cav. Enrico, ufficiale sanitario di Bari; Vallicelli cav. Antonio e D'Angelantonio cav. Ettore, tenenti colonnelli medici.

Cavalieri: Dottori Sprecher prof. Florio, direttore della sezione dermosifilopatica nell'Ospedale Pammatone di Genova; Scoccianti Alderico, medico-capo nella Croce Rossa Italiana; Massarotti Vito, direttore tecnico del Sanatorio Bellosguardo di Roma.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALESSANDRIA. — Condotta pel sobborgo di Valle San Bartolomeo; L. 1500 pei poveri e tre quinquenni del decimo; ettari 972; ab. 1950; famiglie pov. 51. Serv. entro 15 g. Scad. 20 mag.

ATELETA (*Aquila*). — Condotta generalità 3500 ab., L. 2500 p. poveri, L. 950 p. gli abbienti, L. 200 quale u. s. L'Amministr. com. assume formalmente l'obbligo di attenersi alla graduatoria della Commissione. Scad. un mese dal 10 apr.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico consorziale di vigilanza igienica. Vedi fasc. 13. Scad. ore 12 del 15 giugno.

AZZANO MELLA (*Brescia*). — A tutto 10 maggio condotta; 1329 abitanti, di cui 822 nel centro e 507 nelle frazioni e cascinali; gli assolutamente poveri calcolansi 1100; L. 3400 lorde e abitazione.

AZZANO DECIMO (*Udine*). — A tutto 10 maggio, primo riparto, soli poveri, L. 3000 lorde e L. 800 per indennità cavallo. Eventuale assegno di L. 300 per le funzioni di U. S.

BRESCIA. *Amministrazione Ospedali civili.* — Medico assistente; L. 1400 nette di R. M.; nomina semestrale, conferma triennale; alloggio o indennità di L. 150 annue, L. 5 e vitto nei giorni di guardia. In corso deliberazioni per miglioramento di stipendio, ecc. Scad. 10 maggio. Servizio entro 20 giorni.

CANNOBIO (*Novara*). *Opera Pia Uccelli.* — A tutto maggio, servizio Ospedale e poveri di Cannobio e Traffiume; L. 2000 lorde. Pratica trienn.

CARPIANO (*Milano*). — Condotta libera; lire 3700, abitazione, tre sessenni. Scad. 10 maggio.

CASALE CORTE CERRO (*Novara*). — Condotta; ab. 2707; L. 3852.15, compresa l'indennità per u. s. Scad. 10 maggio.

CASTELFRANCO VENETO (*Treviso*). *Ospedale Civile.* — A tutto 30 aprile, medico chirurgo assistente; L. 1800 lorde di R. M., alloggio, percentuale sui proventi delle operazioni. Età massima 40 anni. Nomina e conferme biennali.

CASTELLETTO MERLI (*Alessandria*). — Condotto pei poveri ed uff. san. (esclusa la frazione Casalino); L. 2500 lorde. Ab. 1841. Scad. 30 aprile.

CIGLIÈ e ROCCACIGLIÈ (*Cuneo*). — Condotto; L. 2500 con alloggio. Scad. 15 maggio.

COMO. *Deputazione Provinciale.* — Medico primario; L. 4500 lorde dell'i. R. M.; tre quadrienni e due quinquenni del decimo; pensione. Titoli scientifici e pratici. Età limite 40 anni al 30 apr., s. e. r. Servizio entro 30 giorni. Scadenza ore 16 del 30 aprile.

CONEGLIANO. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario nell'Ospedale civile. Età massima 45 anni. Biennio di chirurgo operatore e quadriennio di assistentato in clinica od ospedale. L. 2500 lorde di R. M.; compartecipazione introiti. Nomina biennale. Scad. 10 maggio.

COPPARO (*Ferrara*). — Condotto poveri frazione di Coccanile; L. 3200 lorde e L. 600 per obbligo di cavalc.; assicurazione. Assunzione entro 10 giorni. Scadenza 30 aprile.

FRASSO SABINO (*Perugia*). — Condotto; L. 2800 lorde con due sessenni di L. 100 e compenso di L. 200 per a. f. Assunzione fra dieci giorni dalla nomina. Scadenza 10 maggio.

FOLIGNO. *Ospedale civile*. — Cercasi medico chirurgo assistente. Stipendio L. 1800 nette, alloggio e prima colazione nell'Ospedale. Capitolato e schiarimenti presso la Direzione dello Ospedale.

GROSSETO. — Due condotte a cura piena. Domande separate. L. 4000 lorde e 4 quinquenni del decimo. Richiedere schiar. Scad. 3 maggio.

IMOLA. *Congregazione di Carità*. — Medico capo dei Laboratori dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 2500 lorde, quattro quinquenni di un decimo. Scadenza 15 maggio. Assistente medico dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 2200 lorde, alloggio nell'Istituto e vitto nei giorni di guardia. Scadenza 30 aprile.

JATRINOLI (*Reggio Cal.*). — Condotta, alle ore 14 del 10 maggio, età limite 45 anni; L. 2000 e aumenti del decimo per ogni sessennio di servizio effettivo; L. 200 per la fraz. di S. Martino.

LOMAZZO-CIRIMIDO (*Como*). Linea ferroviaria Como-Milano. Consorzio. — Condotta piena, abitanti 4653, stipendio L. 5100 lorde più 3 aum. sessennali, residenza Lomazzo. Scade 30 aprile.

MALONNO (*Brescia*). — Al 30 aprile condotta; L. 4273.77, al lordo della R. M.; generalità 2520 ab.; U. S. e gestione a. f.

MARLIANA (*Firenze*). — 2ª Condotta con residenza a Montagnana. Stipendio L. 2300 lorde più L. 500 indennità cavalcatura, tre aumenti quinquennali del decimo. Scadenza 15 maggio.

* MARRADI (*Firenze*). — Terza sezione, residenza a Casale di Lutirano; L. 4500 lorde, popolazione 2400. Scadenza 30 aprile .

MONTECOPIOLO (*Pesaro*). — Condotta semiresidenziale (cura poveri e semi abbienti); L. 4770 lorde e tre sessenni; L. 150 come uff. san.; L. 80 per a. f.; abitazione; assicur.; ecc. Obbligo cav. Scadenza 30 aprile.

* MONTECOSARO (*Macerata*). — Seconda condotta, in prevalenza chirurgica; età limite 40 anni; L. 3500 lorde per la generalità; aumento di lire 300 in corso d'approvaz.; L. 700 per cav.; L. 200 per supplenza. Abitanti 3650. Servizio entro 15 giorni. A tutto 5 maggio.

* MONTEFALCO (*Perugia*). — Una delle due condotte per la generalità; L. 4400 lorde. Scadenza 30 aprile.

MONTE S. PIETRO (*Bologna*). — A tutto il 30 aprile. Residenziale. Ab. 2890. Poveri circa 500. Stipendio L. 3400 con quattro sessenni. Indennità cav. obblig. L. 800.

MONTESPERTOLI (*Firenze*). — Fino al 10 maggio, prima condotta residenziale; assegno di L. 2500, aumentabili per tre sessenni, più L. 700 indennità cav., L. 150 di supplenza, se anche non avviene, L. 300 qualora rinunzi ad applicare la doppia tariffa per le chiamate di notte fuori del capoluogo ed agli abbonamenti fuori condotta; assicurazione, ecc.

MONTICIANO (*Siena*). — Condotta capoluogo con frazione di Scalvaia; L. 3000 lorde, L. 700 indenn. cavalc. e L. 100 se uff. san.; due sess. Richiedere schiarimenti. Scad. 5 maggio.

NAPOLI. *Pio Luogo dell'Annunziata*. — Concorso per titoli a batteriologo, fra laureati in medicina e chirurgia; L. 1400 lorde. Richiedere schiarimenti alla Segreteria. Scad. 30 aprile.

NARNI (*Perugia*). — Condotte di Capitone e Guadamello; a tutto 30 apr. Abit. 1500 e 1250. L. 2400 p. poveri, con tre sessenni; L. 800 p. gli abbienti; L. 750 per la cav., obbl.; L. 100 alla 1ª cond. per l'a. f.; L. 200 alla 2ª cond. per l'alloggio. Servizio entro 20 giorni.

ORCIANO DI PESARO. — Condotta piena del capoluogo; L. 4300 lorde di cui 2400 pei poveri, L. 800 per gli abbienti, L. 700 per indennità cav., L. 100 per U. S. e L. 300 per indennità operazioni alta chirurgia. Due sessenni. Assicurazione. Scadenza 5 maggio.

OTRICOLI (*Perugia*). — Concorso medico chirurgo prorogato a tutto il 15 giugno; lorde lire 4000. Rivolgersi al Sindaco.

PACIANO (*Perugia*). — Condotta piena. Stipendio L. 4500 lorde, tre sessenni. Scad. 10 maggio.

PARMA. *Casa Penale*. — Sanitario; assegno di L. 1800 lorde. Vedi fasc. 15. Scad. 30 aprile.

* PIANDIMELETO (*Pesaro*). — Condotta consorziale 1° reparto; L. 5187.50; sessenni. Vedi fascicolo 15. Scadenza 10 maggio.

RIOLO DEI BAGNI (*Ravenna*). — Sino alle ore 12 del 2 maggio p. v. Condotta del 1° Riparto. Residenziale, L. 2300. Indennità cav. obblig., L. 700. Due sessenni. Residenza nel capoluogo. Frequentatissimo stabilimento idroterapico.

ROMA. *Ministero della Marina* (Ispettorato di Sanità). — Concorso a tenenti medici della Regia Marina. (La notizia è giunta a nostra cognizione con ritardo: il concorso è scaduto il 21 aprile).

ROVIANO (*Roma*). — Condotta; ab. 1204; lire 3500 lorde e tre sessenni; L. 100 quale u. s.; L. 200 per l'a. f. Scad. 30 giorni dal 10 aprile.

S. MAURO MARCHESANO (*Catanzaro*). — A tutto il 30 aprile concorso al posto di medico-chirurgo-ostetrico pei soli poveri, con lo stipendio annuo di L. 2000 lorde. Popolazione riunita abitanti 1839. Per schiarimenti rivolgersi al sindaco.

SAN RAFFAELE CIMENO (*Torino*). — Pel 1° luglio prossimo è vacante il posto di medico condotto e uff. san. L. 2000 lorde. Scad. 10 maggio.

TEGIANO (*Salerno*). — Una delle due condotte; L. 1700 pei poveri, L. 200 per gli abbienti, oltre L. 1400 d'indennità di residenza, e L. 100 come Uff. San. se il vincitore del concorso è fornito di tale titolo. Scadenza 20 maggio.

TRINO (*Novara*). — Condotta per Grangie di Lacedio; al 15 maggio; L. 3000 pei poveri, lorde; tre sessenni; L. 500 indennità per assistenza ai coloni e lavoratori avventizi; L. 800 per cavalc. Serv. entro 20 giorni. Età limite 35 anni.

VALLECORSA (*Roma*). — A tutto il 30 aprile condotta generalità; L. 3400 oltre L. 100 quale U. S., lorde di riten. R. M. Ab. 4415 agglomer.

Medico giovane con pratica ospedaliera e di condotta chiede conveniente interinato. Scrivere G. R. 365, San Giovanni in Marignano (Forlì).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Ci si comunica:

A nome della Sezione Verbanese pregiomi pregare codesta spett. Direzione a voler inserire nel giornale *Il Policlinico* e precisamente nella relativa rubrica, che la condotta medica di Cannobio (Lago Maggiore) è diffidata per insufficiente stipendio e sfavorevolissime condizioni di ambiente professionale. Ringraziamenti.

Per la Sezione Verbanese
Dott. Nino Doni.

NOTIZIE DIVERSE.

V Congresso Nazionale dell'Associazione italiana dei medici direttori di ospedale.

Il Consiglio direttivo dell'Associazione dei Direttore di Ospedale nell'ultima seduta del 13 dicembre u. s. deliberava di indire a Milano nel prossimo giugno il V Congresso.

Salvo ulteriori disposizioni in rapporto alle condizioni del Paese, il Congresso si aprirà il 26 giugno prossimo in Milano.

Verranno diramate ulteriori comunicazioni riguardanti il programma dettagliato dei lavori e delle visite alle Istituzioni Sanitarie cittadine.

Si prega di voler indirizzare le adesioni e le eventuali comunicazioni al Comitato ordinatore del V Congresso dei Direttori di Ospedale presso la Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore di Milano.

La quota che dà diritto di partecipare alle comunicazioni e discussioni del Congresso, alla copia degli atti, alle riduzioni ferroviarie ed alle gite di istruzione è fissata in L. 10.

Le relazioni ufficiali sono:

I. Assicurazione obbligatoria degli operai contro le malattie »; relatore onor. prof. M. Pietravalle, Direttore Ospedali Civili di Napoli. — II. « Errori tecnici e conseguenti danni economici delle aziende ospitaliere »; relatore professor T. De Hieronymis, Direttore Ospedali Civili di Lucca. — III. « Stato e sviluppo dell'assistenza ospitaliera in Italia »; relatore professor G. Gherardi, Direttore Ospedale Civile di Velletri. — IV. « Come deve essere intesa la spedalizzazione dei tubercolosi per corrispondere dal lato umanitario e sociale »; relatore prof. E. Orlandi, Direttore Ospedale Civile di Padova. — V. « Rapporti tra Cliniche e Ospedali »; relatore dott. G. Guicciardi, Direttore Ospedale Congregazionale di Modena.

Congresso Nazionale dell'alimentazione.

Si è riunito a Milano il Comitato ordinatore del Congresso Nazionale per l'alimentazione razionale igienica popolare. Presiedeva il prof. Ceradini, presidente della R. Soc. Ital. d'igiene, la quale si è fatta promotrice del Congresso. Erano presenti il prof. Alpe, il prof. Antonini, il dottor Albertini, il prof. Bordoni-Uffreduzzi, il comm. Brugnatelli per la deputazione provinciale, il comm. Della Vedova, ed altri.

Il prof. Ceradini ha ricordato le gravi ragioni che suggeriscono alla Società d'Igiene di esaminare, in un Congresso d'igienisti, di economisti e di agrari, le condizioni del nostro Paese in rapporto al problema dell'alimentazione, ed ha quindi data notizia delle numerose autorevoli adesioni pervenute da ogni parte d'Italia.

Gli adunati hanno proceduto alla costituzione del Comitato ordinatore del Congresso che si è così completato con le maggiori personalità nel campo dell'economia, dell'igiene e dell'agricoltura.

Approvata infine la nomina di un Comitato d'onore, si è deciso che il Congresso, tenute presenti le necessità dell'organizzazione, si svolga al più presto possibile ed in ogni modo non oltre il 15 giugno prossimo.

Il Comitato ordinatore ha fissata la sua sede presso la Reale Società d'Igiene in via San Paolo n. 10.

Corso di perfezionamento.

Ai RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano, dal 10 maggio al 9 giugno 1915, avrà luogo il 16° corso accelerato per medici condotti e medici pratici.

Chiedere programma dettagliato all'Economato degli Istituti, via Commenda 12, Milano.

Le funzioni amministrative degli ospedali in caso di mobilitazione e di guerra.

I funzionari amministrativi dell'Ospedale Maggiore di Milano hanno dichiarato al Consiglio Ospitaliero che garantiscono l'uno per l'altro, nel limite delle proprie forze, la regolare continuazione di tutti i servizi amministrativi del Pio luogo per tutto il periodo di tempo in cui resteranno sotto le armi quelli fra essi che vi saranno chiamati, senza che debba essere assunto in tale periodo alcun impiegato straordinario, ed escluso fino da ora ogni compenso per il maggior lavoro occorrente, secondo la distribuzione che sarà per farne l'onorevole Presidenza.

L'acqua potabile nelle piazze assediate.

La *Rivista di Artiglieria e Genio* ha bandito un concorso a premi per una memoria sul tema: « Descrivere scientificamente i vari sistemi che si possono adottare per provvedere di acqua potabile una piazza assediata valendosi dell'acqua del sottosuolo ».

Il limite di tempo per la presentazione delle memorie è fissato al 30 aprile 1915.

Preparazione sanitaria della guerra.

L'operoso Comitato lombardo di preparazione si sta occupando fra l'altro della organizzazione dei servizi sanitari in guerra; ed ha aperto un arruolamento di infermieri. Questo arruolamento — che è pure curato dalla « Vigilanza sanitaria », dalla « Società lombarda delle levatrici », dall' « Ospedale Victor De Marchi » — ha dato risultati insperati. Sotto la direzione del dottor Sironi si è aperto un corso, riconosciuto dalla Croce Rossa, al quale si sono

iscritte dalle quattrocento alle cinquecento donne ed ogni domenica le lezioni vengono impartite al liceo Beccaria.

Nè sono state dimenticate mansioni più umili, ma non meno importanti. Si è formato un gruppo di cuoche e guardarobiere per gli ospedali e le cucine popolari.

« Come le donne di Inghilterra, di Francia e di Germania — ha detto a un redattore del « Corriere della Sera » la signora Sofia Bisi Albini, che è l'infaticabile propagandista del movimento femminile — le donne italiane, se guerra verrà, riveleranno tutto il loro valore, ignoto al pubblico, che solo sa come da molti anni le fanciulle italiane seguano gli studi superiori; ma non si è accorto quanto questa più seria cultura abbia influito non solo sulla mentalità, ma anche sul carattere femminile. Se guerra non sarà, si troveranno molte cose fatte, di quel sano femminismo che vuole le attività della donna applicate a funzioni sociali affini al suo temperamento ».

Corso di medicina e chirurgia veterinaria di guerra.

Presso la Scuola superiore di medicina veterinaria di Milano è incominciato il giorno 13 corrente un corso di medicina e chirurgia veterinaria di guerra.

Il corso è fatto per gli studenti della Scuola degli ultimi anni e per i medici veterinari, i quali possono intervenirvi senza obbligo d'iscrizione e senza pagamento di tasse.

Lega Italo-Romena per le più strette relazioni di cultura fra le due nazioni.

All'Istituto Coloniale Italiano si è riunita la Sezione scientifica della Lega Italo-Romena. V'intervennero molte e spiccate autorità. Furono nominati presidente il senatore Garofalo e segretario l'avv. Bidolli.

Dopo una elevata ed importante discussione sui vari problemi concernenti la diffusione della cultura italiana in Romania e nella Penisola Balcanica, si è nominata una Commissione presieduta dal sen. Volterra e composta dei professori on. Landucci, Ettore Pais, Vivante, Scalabrini, Pirotta, per riferire circa le questioni riflettenti l'istruzione superiore e media in relazione all'ammissione degli studenti romeni nei nostri istituti di cultura, circa l'istituzione di borse di studio per le nostre Università e sulla possibilità del cambio dei professori universitari tra l'Italia e la Romenia.

Per lo studio della pellagra.

La Commissione ministeriale per lo studio della pellagra ha accolto favorevolmente la proposta dell'ing. Gaetani, di prendere in esame la nuova teoria eziologica della pellagra dei professori Alessandrini e Scala, allo stesso modo di ciò che fu fatto per le altre che vennero portate innanzi alla Commissione stessa. A tale scopo essa decise di eseguire, sotto il controllo di una Sotto-commissione, delle esperienze di terapia dei pellagrosi col metodo delle iniezioni di citrato sodico e di far premure presso la Direzione generale di sanità affinchè fosse possibile effettuare anche la seconda delle esperienze proposte dal prof. Alessandrini, cioè la bonifica idrica, a scopo profilattico, di una località pellagrosa.

Vennero nominati membri di questa Sotto-Commissione i sigg. proff. Maggiora, della Cattedra d'igiene di Padova, ed il dott. L. Camurri.

Per gli studi sulla tubercolosi.

Il Consiglio della Facoltà medica di Parigi ha deliberato, come avemmo già ad annunziare, di istituire una cattedra di tisiologia. L'emolumento del titolare sarà doppio di quello dei professori ordinarii, ma è fatta la condizione espressa che egli dovrà rinunziare all'esercizio privato. I Laboratorii saranno dotati di crediti ingenti e nulla sarà trascurato per agevolare le ricerche. I servizi annessi alla nuova cattedra sorgeranno nei giardini dell'Ospedale Cochin.

Opere igieniche comunali.

Il Prefetto della Provincia di Avellino ha diramato una circolare a tutti i Sindaci raccomandando loro vivamente di occuparsi alacremente per risolvere l'importante questione dell'approvvigionamento idrico.

L'acquedotto consorziale fra i Comuni di Mesola e Codigoro verrà ampliato per deliberazione del Comune di Massafiscaglia, che intende sia esteso a quella località.

Opere di risanamento a Napoli.

Con R. D. 25 febbraio n. 295 è stato approvato il regolamento, composto di sedici articoli, per la esecuzione della legge 12 luglio 1912, numero 783, riguardante le opere di risanamento della città di Napoli, autorizzate dalle leggi 15 gennaio 1885, n. 2893 (serie 3ª), 7 luglio 1902, n. 290, e 5 luglio 1908, n. 351.

L'acquedotto di San Marino.

È stato inaugurato, a S. Marino, l'acquedotto per l'acqua potabile, contemporaneamente all'impianto della luce elettrica. L'opera fu ideata e compiuta dal comm. Olinto Amati, ora reggente della Repubblica.

Il nuovo padiglione chirurgico dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Probabilmente alla fine di questo mese verrà inaugurato il nuovo padiglione chirurgico Zonda, che è quasi finito. Ora si sta completando l'arredo dei locali.

Il nuovo Istituto è sorto per la munificenza dei fratelli Zonda.

L'incarico d'ideare il nuovo padiglione venne dato all'ingegnere dell'Ospedale Maggiore, commendator Angelo Radaelli, il quale nello stabilire il progetto utilizzò anche i suggerimenti di speciali competenti in fatto di edilizia ospitaliera, come il direttore dell'Ospedale, dott. Ronzoni, e quegli che sarebbe stato il direttore del Padiglione stesso, il prof. Rossi.

Il nuovo padiglione si differenzia nettamente da quelli di precedente costruzione, perchè diviso in sei comparti autonomi, due dei quali — per le forme settiche — si trovano al piano terreno rialzato, due altri — per le forme asettiche — al primo piano e due altri — per le forme traumatiche — al secondo piano. A ciascun piano vi è un comparto per uomini e uno per donne.

Ogni comparto dispone di una sala per sedici letti, di una sala di medicazione, di una camera di isolamento con due letti, di gabinetti per bagni, di latrine, di lavabi, di una sala di soggiorno, di una cucina. Sono dunque come sei padiglioncini riuniti in un edificio unico e posti in comunicazione, oltre che dai corridoi, da tre scale, da un ascensore, da un montacarichi per la biancheria e da due piccoli montacarichi per cucine.

Delle tre scale quella posta al centro serve per i medici e per i visitatori, quelle laterali servono per gli ammalati.

I sei comparti hanno in comune due grandi sale operatorie completate da camere di preparazione, da gabinetti di sterilizzazione, da lavabi per i medici.

Altri locali destinati a funzioni comuni per i sei comparti sono il gabinetto di radioscopia — che gli altri padiglioni dell'Ospedale non posseggono —, il gabinetto di microscopia, la biblioteca medica, la sala per le lezioni, le camere per il personale dirigente.

Nei sotterranei si trovano i grossi impianti per la produzione del vapore necessario al riscaldamento e alla sterilizzazione; vi sono pure i depositi per le attrezzature, le biancherie, ecc. All'ultimo piano tre terrazze sono destinate ai malati che faranno la cura del sole: sono i solarî.

Il nuovo padiglione è costruito su un'area di 4000 metri quadrati, di cui 1000 sono coperti dal fabbricato. È alto 16 metri. In tempi normali ospiterà 110 infermi, in tempo di guerra potrà ospitarne 300.

Limiti di età per i professori universitari.

Si è riunita, sotto la presidenza dell'on. Pietravalle, la Commissione parlamentare che esamina il disegno di legge di iniziativa dell'onorevole Agnelli per la applicazione senza eccezione dei limiti di età ai professori universitari.

La Commissione ha approvato i concetti informatori della relazione dell'on. Agnelli, dando al relatore mandato di piena fiducia in rapporto anche ad un recente voto del Consiglio Superiore della pubblica istruzione.

Per il prof. Morselli.

I laureandi in medicina dell'Università di Genova hanno offerto all'eminente e geniale studioso una pergamena, in occasione del suo XXXV anno di insegnamento.

La dedica, dettata dal prof. Cogliolo, dice:

« Ad Enrico Morselli — Che rinnovando il tipo italico dei nostri grandi del cinquecento — unì con sintesi mirabile la filosofia e le scienze positive — diventando nello scrivere e nel dire — e nel curare le malattie mentali — innovatore e maestro impareggiabile — i laureandi dell'Ateneo Genovese — ammirando, ricordando, plaudendo — offrono — nel XXXV anniversario dell'insegnamento suo ».

Il 70° compleanno di Röntgen.

Il prof. Wilhelm Konrad Röntgen ha compiuto 70 anni il 27 marzo. In tale occasione la « Münch. mediz. Wochenschrift » del 23 marzo consacra un entusiastico articolo allo scienziato prussiano, tanto benemerito della medicina e dell'umanità.

Il Congresso tedesco di chirurgia

si è tenuto quest'anno a Bruxelles il 7 aprile ed è stato consacrato interamente alla chirurgia di guerra.

Vi si dettero convegno un migliaio di chirurgi e di medici militari; Garrè, Körte, Payr e Bier vi tennero delle conferenze sull'emostasi e il trattamento dell'anemia acuta da emorragie, sulle ferite d'arma da fuoco dell'addome, sulle ferite d'arma da fuoco delle articolazioni e sulla chirurgia dei vasi.

La Croce Rossa belga disciolta.

I giornali di Berlino recano da Bruxelles: Il Comitato direttivo della Croce Rossa del Belgio, avendo rifiutato di cooperare per sovvenire l'attuale miseria in Belgio, è stato disciolto dietro ordine del Comando generale.

Il conte Katzofeld-Trachenberg è stato incaricato dell'amministrazione dell'ufficio centrale.

La lotta contro le epidemie castrensi in Germania.

I giornali medici della Germania pongono in rilievo la benefica efficacia dimostrata dalle vaccinazioni contro il tifo addominale e contro il colera. Nessun'epidemia delle due gravi malattie si è più prodotta fra le truppe.

La diffusione del tifo esantematico, che colpisce molti prigionieri russi, viene infrenata mercè l'isolamento dei malati. Si sono già avute molte vittime di questa gravissima malattia anche tra i medici cui è stata affidata la cura dei prigionieri russi. Una disposizione ufficiale ora impone che tutti i carri ferroviari di ritorno dalla Russia portino la dicitura a grandi caratteri « Aus Russland! Seuchenverdacht! Prima di usarli, sterilizzarli con cura ed ucciderne i pidocchi! » È stato emanato il divieto di inviare verso il fronte di combattimento della Polonia e della Russia qualsiasi carro ferroviario fornito di tappezzerie (di lusso, di I e II classe).

Il grande quartiere generale germanico comunicava di recente:

I giornali esteri hanno negli ultimi tempi pubblicato spesso notizie sfavorevoli sullo stato sanitario dell'esercito tedesco. Esso è invece assolutamente soddisfacente. I nostri soldati hanno sopportato eccellentemente gli sforzi della campagna di inverno. Infatti essi ebbero solamente a soffrire nei Carpazi a cagione della temperatura.

Le malattie epidemiche, eccetto casi assolutamente isolati di tifo e di colera nel teatro della guerra orientale, non si sono più verificate. A questo risultato favorevole hanno contribuito in prima linea le misure igieniche prese a tempo, per esempio le vaccinazioni contro il vaiolo, il tifo e il colera; l'uso di riserve d'acqua potabile trasportabili; le installazioni di bagni e di doccie dietro il fronte in stazioni e in treni-bagni; le installazioni di camere di disinfezione e misure per la pulizia delle uniformi.

La supposizione diffusissima che le malattie veneree abbiano preso nell'esercito tedesco uno sviluppo tale da costituire un pericolo pubblico è pure inesatta. La cifra totale dei soldati del fronte occidentale caduti malati di malattie veneree si aggira intorno alla metà di quella dei soldati affetti da malattie simili che si trovano al paese e dal quale non sono ancora partiti.

Tutte le persone responsabili fanno sforzi continui per ottenere un'ulteriore diminuzione delle malattie veneree. Accanto alle misure di sorveglianza e preventive hanno luogo conferenze istruttive per i soldati tenute da ufficiali medici e da ecclesiastici.

I servizi odontoiatrici nell'esercito tedesco.

Il « Leipziger Tageblatt » informa che fra le truppe germaniche combattenti vi sono ottocento dentisti adibiti a curare non solo la bocca dei soldati, ma anche le numerose e varie ferite alle mascelle. A Berlino, Düsseldorf, Heidelberg, Strasburgo, ecc., furono istituiti speciali lazzaretti pei feriti alle mascelle.

Il prezzo dei medicinali nell'Inghilterra.

Dal « Lancet » del 20 marzo 1915 si rileva come il prezzo dei medicinali vada ancora aumentando nell'Inghilterra.

In specie sensibile è il rincaro dei prodotti sintetici.

Uno degli esempi tipici è dato dall'aspirina, che ora è divenuta preziosa: costa sette volte più di come non costasse prima della guerra.

La decisione del « Board of Trade », di consentire che questo nome protetto potesse usarsi per denotare l'acido acetilsalicilico comunque preparato, ha concorso a far elevare il credito e la richiesta del medicinale ed a farne elevare di tanto il prezzo.

Esso non può ottenersi che in scarsa quantità dai paesi neutrali; d'altra parte i fabbricanti inglesi non riescono a produrne quantità bastevoli.

Anche l'acido salicilico ed il salicilato di soda sono molto rincariti; costano l'uno circa 7 e l'altro 8 volte più di un tempo. Questo rincaro è poco sentito, perchè si tratta di medicinali il cui prezzo normale è basso; ma probabilmente il prezzo continuerà ancora ad aumentare, perchè difetta l'acido fenico, la materia prima da cui si ottengono.

Nel determinare gli elevamenti di prezzo ha certo avuto parte il severo blocco inglese: la Germania non può più esportare i suoi medicinali negli Stati Uniti, e di là non possono più andare in Inghilterra, come era accaduto sino a qualche tempo addietro.

Il blocco si ritorce dunque in parte a danno dell'Inghilterra.

Per l'olio di fegato di merluzzo non può valere, evidentemente, la stessa ragione; nè può invocarsi la scarsità del prodotto, poichè la pesca del merluzzo sulle coste norvegesi è stata copiosa. Eppure il costo è ora quasi doppio di prima.

A spiegare questo incremento non basta invocare gli alti noli nè le alte assicurazioni delle navi; si deve ammetere invece che molto olio venga importato in Germania, dove se ne fa largo uso a scopo industriale ed alimentare, in deficienza di altri oli.

Il prezzo dell'oppio e dei suoi alcaloidi non è di molto cresciuto, malgrado il fortissimo consumo che se ne fa per i soldati feriti e malgrado la Turchia sia tagliata fuori dal commercio con l'Inghilterra. Il fatto si spiega con l'approvvigionamento di oppio fatto in Persia; si è cominciato ad utilizzare anche l'oppio dell'India, ma è povero di morfina.

Elevatissimo è divenuto il prezzo dell'atropina.

Il cloralio idrato costa il doppio, la cocaina più del doppio, la fenacetina e l'acetanilide quasi il quadruplo, e così via, rispetto ai prezzi che avevano prima della guerra.

Il « British Medical Journal » del 10 aprile annunzia che si è cominciato a produrre il salvarsan e neo-salvarsan in Inghilterra, sotto il nome di kharsivan e neo-kharsivan, dalla ditta Burroughs, Wellcome e Co.; inoltre è stata concessa la vendita in Inghilterra degli stessi prodotti preparati dagli stabilimenti Poulenc Frères di Parigi sotto il nome di arseno-benzolo Billon e nov-arsenobenzolo Billon.

Per i soldati accecati in Francia.

Nel numero grande di feriti gravi fatto dalla guerra, occupano uno dei primi posti i ciechi. Molti di questi infelici furono raccolti sui campi di battaglia e nelle trincee, altri furono fatti prigionieri, ma sono ora ritornati in patria, in seguito allo scambio fra i belligeranti, dei feriti resi ormai invalidi e impossibilitati a riprendere le armi.

Il numero notevole di soldati accecati durante i combattimenti e vittime quasi tutti di bombe esplosive e di proiettili d'artiglieria, ha indotto il governo della Repubblica a prendere speciali provvedimenti a beneficio di questi disgraziati che non potranno vivere con la piccola pensione assegnata ai mutilati.

Alle innumerevoli opere benefiche sorte a Parigi in occasione della guerra si è ora aggiunta una nuova istituzione per soccorrere gli accecati in guerra: la società degli *Amis des soldats aveugles*, posta sotto il patronato dei ministri dell'interno e della guerra. I soldati ciechi furono già tutti riuniti in un solo ospizio dove riceveranno i primi elementi dell'istruzione appropriata alla loro infermità e dove saranno studiati in modo da poter determinare, secondo le attitudini di ciascuno, il mestiere al quale si potrà destinarli e lo stabilimento industriale nel quale si potrà occuparli. Si spera così di poter provvedere quanto meglio sarà possibile per l'esistenza di queste vittime strazianti della guerra.

Un siero antigangrenoso.

Nella seduta del 1° marzo dell'« Accademia delle Scienze » di Parigi il dott. Roux, direttore dell'Istituto Pasteur, comunicava alcune interessanti ricerche del dott. Weinberg sull'etiologia e la cura della gangrena gassosa, tanto comune nella guerra attuale. In più di 50 casi Weinberg ha costantemente trovato un nuovo bacillo, il quale determina nelle cavie gli stessi fenomeni morbosi osservati nell'uomo; egli è riuscito inoltre a preparare un siero specifico, il quale si dimostra attivo sperimentalmente e che nella dose di 22 cmc. dette buon risultato anche in un caso clinico, proprio allora sottoposto al trattamento.

Nella stampa medica francese.

Rivedono la luce alcuni giornali medici oltre quelli già annunziati: abbiamo ricevuto « La Revue Neurologique », « Le Progrès Médical », gli « Archives des maladies du coeur et des vaisseaux »; gli « Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition »; ecc.

I servizi sanitari in Francia e Germania nell'attuale guerra.

Al Circolo degli ufficiali di Roma il prof. Baldo Rossi, direttore del reparto operativo degli Ospedali di Milano, tenne, or non è molto, dinanzi a numerosissimo pubblico, una conferenza sui servizi sanitari di Francia e Germania nell'attuale guerra.

Egli volle studiare *de visu* gli impianti e il meccanismo per la cura dei feriti e degli ammalati. Potè prenderne cognizione grazie alla cortesia usatagli dalle autorità delle due nazioni in guerra, e dedurne norme pratiche da applicarsi alla Croce Rossa Italiana.

Il viaggio del Rossi è durato dodici giorni e si è svolto in questo percorso: Berlino, Sédan, Saint Quintin, Bruxelles; la sua attenzione si è fissata su l'organizzazione dei servizi della Sanità militare e della Croce Rossa.

L'oratore fu presentato allo scelto pubblico dal presidente della Croce Rossa, conte Gian Giacomo della Somaglia.

La lotta contro l'alcoolismo in Inghilterra.

I giornali inglesi recano che il re Giorgio VII ha proibito l'uso del vino, della birra e dei liquori nella Casa Reale, a partire dal 6 aprile, e ciò in seguito all'energico discorso tenuto dal ministro Lloyd George alla deputazione dei costruttori navali, nel quale disse che l'Inghilterra ha tre nemici: la Germania, l'Austria e l'alcool; in quella occasione il Re si offrì, in una lettera al Cancelliere dello Scacchiere, di dare al paese un esempio di astinenza da ogni bevanda alcoolica sino alla fine della guerra.

Il « Daily Chronicle » apprende che, seguendo l'esempio del Re, i membri del Gabinetto hanno deciso di sopprimere l'alcool dalle loro cantine.

Si annunzia anche che Lloyd Georg ha ricevuto in tre giorni circa 70,000 lettere di persone che promettono di astenersi da qualsiasi bevanda alcoolica sino alla fine della guerra ed invocano la proibizione completa della vendita delle bevande alcooliche.

La lotta contro l'alcoolismo in Russia.

Malgrado la legge che abolisce lo smercio delle bevande alcooliche, viene ancora consumato molto alcool di contrabbando in Russia; si può ottenerlo sotto forma di rimedi, di lozioni per i capelli, di vernici, o viene fabbricato clandestinamente in distillerie private; si beve anche l'alcool denaturato, reso meno disgustoso mercè vari ingredienti. I surrogati dell'alcool hanno ucciso parecchie persone. Le autorità hanno ingaggiato una lotta senza quartiere contro queste forme nuove di alcoolismo.

Ad esempio, il 31 marzo u. s., il prefetto di Pietrogrado ha emanato un ordine col quale interdice a tutte le farmacie di vendere tutti i rimedi contenenti alcool senza la ricetta del medico. Il divieto del prefetto non ha incontrato il favore pubblico; il prefetto ha dovuto ritoccare il suo provvedimento che era eccessivo: il giorno seguente emanava un nuovo ordine, col quale impone alle farmacie la proibizione assoluta di vendere alla stessa persona una quantità superiore ai 30 grammi di qualunque medicinale contenente alcool.

La lotta contro l'alcoolismo in Francia.

È stata definitivamente promulgata in Francia la legge che proibisce la fabbricazione, la vendita all'ingrosso ed al dettaglio e la circolazione dell'assenzio e dei liquori similiari. La legge è applicabile alla Algeria e alle colonie.

Il ministro francese delle colonie ha deciso di elevare il diritto sull'acool a 250 franchi per ettolitro nell'Africa occidentale francese.

Il Governo britannico prenderà misure analoghe nei suoi possedimenti vicini dell'ovest africano.

Spacci comunali di bevande analcooliche a Milano.

La Giunta municipale di Milano ha deliberato di proporre al Consiglio comunale la costruzione, in via di esperimento, di otto chioschi per la vendita di bevande analcooliche.

Tale proposta rientra nella serie dei provvedimenti con cui il Comune sviluppa la sistematica lotta iniziata contro l'alcoolismo.

Gli otto chioschi verranno ceduti in affitto a privati.

Importazione di carni suine.

Con decreto 12 u. s. è stata permessa, a parziale revoca di quello 12 dicembre 1914, l'importazione delle carni suine e dei lardi provenienti dagli Stati Uniti di America, limitatamente però attraverso ai porti di Genova, Napoli e Venezia, ed alla condizione che le carni ed i lardi siano scortati da regolari certificati sanitari e d'origine, rilasciati dalle autorità dei luoghi di provenienza e vidimati dai RR. consoli ed agenti consolari negli Stati Uniti, e risultino sani alla visita dei veterinari governativi di porto, convalidata, se del caso, da esame microscopico.

Per un parto eccezionale.

L'Istituto Carnegie, accettando la proposta del professore Pestalozza, ha assegnato una distinzione ed un premio in danaro all'eroica madre di Avezzano, Esterina Sorgi in Callesi.

L'uccisore del cap. medico Giannone.

Si è chiusa l'istruttoria contro l'uccisore del capitano medico Arrigo Giannone. La sentenza accoglie la tesi dei periti e della difesa, assolvendo il giudicabile, nel quale riconosce un ammalato psichico originario, e ne ordina l'internamento provvisorio in un manicomio civile.

È morto di tifo esantematico, contratto nell'esercizio professionale, il dott. **Hugo Ehrlich,** primario medico dell'Ospedale generale di Przemyl, valente batteriologo ed internista. Durante il primo assedio della città era stato ferito da una scheggia di granata; dopo la guarigione era stato assegnato ad un ospedale di riserva, a Kragan, nel cui reparto infettivi fu contagiato.

Il giorno 1° c. m. è morto improvvisamente a Modena il dott. comm. **Teobaldo Ricchi,** che fu il primo ispettore sanitario delle Ferrovie italiane nella Rete Adriatica e che solo da pochi mesi aveva lasciato la Direzione del Servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Rassegna della stampa medica.

La Tubercolosi, 31 dic. Numero sul pneumotorace artificiale.
The Journal A. M. A., 2 genn. AST: La patologia degli errori diagnostici in un tubercolosario. — CARLSON: L'azione degli amari sulla secrezione gastrica. — FRASER: Etiologia e patologia della tubercolosi ossea ed articolare. — ADAMS: Le cause della scoliosi in rapporto al trattamento. — NEW: Odontoma cistico.
Medic. Record, 2 genn. FISHBERG: Il pneumotorace artificiale.
Arch. d. Mal. de l'App. Digest. ecc., ag. CARATI: Un bacillo in un caso di ittero benigno. — DIENA: Influenza della bile sull'assorbimento dei grassi.
Il Movim. Sanit., nn. 21-22. ARIENZO: La terapia fisica dei tumori maligni.
Wien. Klin. Woch., 7 genn. v. HABERER: Gl'insuccessi terapeutici nel morbo di Basedow. — SALOMON: Patologia e terapia della dissenteria.
Il Morgagni, 6 genn. BERTARELLI: Le epidemie della guerra.
Münch. Med. Woch., 5 genn. MORITZ: I segni clinici della debolezza cardiaca iniziale. — v. KOUSCHEGG: Fissazione del complemento nel vaiolo. — Articoli vari di medicina di guerra.
Gazz. d. Osp., 7 genn. SIMON: Sull'uso del solfato di atropina. — MARAGLIANO E.: Aneurisma del tronco celiaco.
Pensiero Med., 10 genn. AUTORE: Il prolasso dell'uretra muliebre e la sua cura. — TOMASELLI: Sull'esame della funzionalità gastrica.
Zbl. f. inn. Med., 9 genn. VERSLUGS: La diffusione delle epidemie da parte degli insetti in guerra.
Bull. de l'Ac. de Méd., 5 genn. Discussione sul trattamento della febbre tifoide. — Medicina e chirurgia di guerra.
La Press. Méd., 7 genn. MARFAN: Lezione inaugurale. — ARTICONI e AMENILLE: Diagnosi del tifo sul campo.
The Boston M. a. S. Journal., 7 genn. RICHARDS, CLADWICK, HAWES: Adeniti cervicali. — WILLIAMS: La ptosi viscerale.
Derm. Woch., 9 genn. UNNA: L'azione della pietra infernale.
La Rif. Medica, 9 genn. RUGGI: Come si dovrebbe insegnare la clinica chirurgica. — ROMANO: Importanza delle capsule surrenali nella patogenesi dello shock. — FAGIUOLI: Pleurite pneumotoracica. — BIFFIS: Sull'ittero emolitico.
Revista Ibero-Americ. de Ciencias Méd., genn. FERNANDEZ SAUX: Sindrome parkinsoniana sintomatica di arteriosclerosi cerebrale. — LUIS y YAGÜE: Alterazioni della motilità gastrica. SANCHEZ-HERRERO: Sul pessimismo.
Edinb. Med. Journ., genn. GUY: La cura sanatoriale della tubercolosi.
Mediz. Klinik, 10 genn. RUPP: La questione dell'aborto. — BENESTAD: La natura del colostro. — Articoli di medicina di guerra.
The Quarterly Journ. of Med., genn. LEWIS e e BARCROFT: Dispnea e reazioni ematiche. — MARSHALL: Malattia di Thomsen. — TIDY: Metabolismo dell'azoto nelle dermatosi. — FINDLAY e ROBERTSON: Trattamento della sifilide congenita.
Journ. d. Prat., 9 genn. SOUBEYRAN: La cura dell'idrocele essenziale con l'iniezione di formolo. — ROBIN A.: I bagni freddi nella febbre tifoide. — VIGNADI: L'aria calda nelle radiodermiti ulcerose.
The Lancet, 9 genn. MORLEY: Pseudo-appendiciti croniche.
Berl. Klin. Woch., 11 genn. OPPENHEIMER: L'alimentazione del popolo tedesco durante la guerra. — MAGNUS-LEVY: Le debolezze cardiache lievi in guerra. — KLEINSCHMIDT: Calcariuria nell'infanzia.
Klin.-ther. Woch., 11 genn. SINGER: Sulla dissenteria. — KITTEL: Le sottrazioni di sangue.
The Journal A. M. A., 9 genn. WILLIAMS: Le cure pre-natali. — MARTIN: L'idroterapia in urologia. — KERRISON: La cura della sordità timpanica inveterata. — NOVAK: La cura atropinica della dismenorrea.
Medic. Record, 9 genn. GLEASON: Cause oscure di malattie.
Münch. Med. Woch., 11 gennaio. EMMERICH e LOEW: Sul trattamento della febbre da fieno. — KOELSCH: Nel 200° anniversario di Ramazzini. — Medicina di guerra.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. POZZI, resp.

(36)

Anno XXII. Roma, 2 maggio 1915 Fasc. 18

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AVVISO agli ABBONATI

È stata già iniziata e verrà continuata giorno per giorno la spedizione del nostro premio ordinario del **1915**

Manuale di OTO-RINO-LARINGOIATRIA

a tutti quegli associati che hanno anticipatamente pagato l'intero importo del proprio abbonamento del corrente anno, più i **50** centesimi per le prescritte spese di affrancazione e raccomandazione del premio stesso.

Sarà spedito anche a quegli Associati che autorizzarono la nostra Amministrazione ad inviar loro detto premio gravato di assegno pel dovuto importo d'abbonamento e per tutte le diverse accesorie tasse postali occorrenti.

NB. Coloro pertanto che inviarono il solo importo di abbonamento, dimenticando i centesimi 50 per le spese dispedizione del premio, sono pregati di mandarceli subito a mezzo di Cartolina-Vaglia, se desiderano che il volume venga loro immediatamente inviato.

L'Amministratore
Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46 - Roma.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Batteriologia della Regia Università di Napoli
diretto dal prof. NICOLA PANE.

La reazione agglutinante del sangue nella infezione melitense

per il dott. FRANCESCO VIRGILLO, ten. med. nella R. Marina.

Dobbiamo a Bruce (1) la scoperta dell'agente morboso della malattia febbrile che i medici di Malta chiamavano « febbre di Malta », e che altrove, specie nelle coste del Mediterraneo, esisteva del pari, ma era stata confusa con altre affezioni clinicamente somiglianti (*typhus levis*, infezione intestinale da paracoli, tubercolosi incipiente, malaria atipica, ecc.).

La nuova entità morbosa sino alla fine del decorso secolo ebbe pochi ricercatori all'infuori dell'isola di Malta, ma, al principio di questo secolo, lo studio di essa assunse grande impulso, specialmente per opera di medici italiani, così che oggi la febbre mediterranea è entrata nella coscienza di tutti i medici pratici, i quali, nei casi dubbi d'infezione febbrile, ricorrono a tutti quei mezzi di indagine, che la batteriologia mette a disposizione della Clinica.

(1) BRUCE. *On the etiology of Malta fever.* Army Med. Depart. Rapport for the year 1890.

Dobbiamo però confessare che, qualche volta, gli ausilî diagnostici, che la batteriologia mette a nostra disposizione, fanno difetto, o si addimostrano, per i loro risultati, contraddittori con la Clinica, sì che occorre non poco discernimento per potere conciliare i vari fatti e mettere in luce la verità.

Il più importante e anche il più pratico mezzo di laboratorio per l'accertamento diagnostico della infezione melitense è la reazione agglutinante del sangue. Questa reazione, che in molte malattie infettive ha una importanza diagnostica capitale, ha pure il maggior valore nella infezione da micrococco. Difatti, se si tien conto che la ricerca del micrococco nel sangue non è facile, e il più delle volte non riesce bene, e che, d'altra parte, con i soli criteri clinici non si può affermare l'infezione melitense, data la irregolarità sorprendente della infezione stessa, dobbiamo concludere che, allo stato attuale, non si diagnostica sicuramente l'infezione melitense, se non con la ricerca della reazione agglutinante del sangue.

È per questo che una serie molteplice di ricerche cliniche e sperimentali si sono accumulate in questi ultimi anni, allo scopo di chiarire il problema della reazione agglutinante del sangue di individui infetti di melitense, e sottrarlo a quella elasticità di giudizio dei vari ricercatori, che, volta per volta, si sono creduti autorizzati di fissare titoli di diluizione di valore differente per la diagnosi di infezione melitense. Data l'importanza dell'argomento, credo di non far opera del tutto vana, riferendo due casi clinici di infezione melitense, che sono stati controllati sierologicamente nel modo più rigoroso, e che mi hanno dato modo di fare qualche considerazione.

I CASO. — Durante il mio alunnato interno nell'Istituto di batteriologia (1911-912), e precisamente ai primi di marzo, fui colto da febbre. Questa fu preceduta da un periodo prodromico di poche ore, caratterizzato da malessere generale, cefalalgia intensa, dolore sopracciliare, stanchezza muscolare, depressione nervosa, disappetenza, vaghi dolori articolari, cui seguì una sensazione di freddo diffusa, con qualche brivido intenso e una notevole elevazione di temperatura, che raggiunse i 39°.5. La temperatura si mantenne tale tutta la notte, rimise lievemente al mattino, ma alla sera del giorno seguente risalì a 39°5-39°.8, preceduta da brivido vagante, indeterminato, scorrente come un'onda lungo gli arti, e rimise di nuovo al mattino a 37°. Le forze, dopo rimessa la febbre non erano molto depresse, e lo stato generale in complesso al terzo giorno era buono; ma alla sera la febbre risalì a 39°.2-39°.5, e incalzò fortemente, iniziandosi un periodo dirò così di acme, che durò circa otto o nove giorni, e durante il quale la febbre continua oscillava tra 39.5° e 40°.2, accompagnandosi delirio ad intervalli, e qualche sera una condizione quasi stuporosa, sì da far pensare a una infezione tifoide. Dopo questo periodo di acuzie, seguì un periodo di miglioramento della durata di circa due mesi, in cui la temperatura oscillò sempre tra un minimo di 36°-37° al mattino e un massimo di 38°-38°.5 alla sera. In questo periodo, specialmente verso la fine di esso, non rimanevo sempre a letto in tutto il tempo della giornata, ma facevo qualche passeggiata in campagna, leggevo anche qualche ora al giorno, senza che lo stato generale ne rimanesse compromesso, nè la febbre modificasse la sua curva. In generale la temperatura cominciava a salire tra le 11 e le 15 del giorno, qualche volta più presto o più tardi, con qualche insensibile onda di freddo, raggiungeva il massimo tra le 20 e le 21, e poi scendeva verso la mezzanotte con sudore profuso, che qualche volta aveva un odore penetrante, quasi fecaloide; dopo la sudorazione abbondante la temperatura raggiungeva i 36-37; raramente si manteneva a 37°.5. Ricordo che due o tre volte in coincidenza con i brividi ebbi dolore intenso precordiale quasi stenocardico, che si dileguava presto.

Oltre la febbre vi fu qualche altro segno obbiettivo fisico e funzionale. La milza, sin dai primi giorni si ingrossò notevolmente, debordando circa due dita trasverse dall'arcata costale, e raggiungeva in avanti l'ascellare anteriore; nel periodo dell'acme febbrile in corrispondenza della regione splenica avvertivo con molestia una dolorabilità tensiva.

Quasi nulla vi è stato a carico dell'apparecchio digerente: la lingua nei primi giorni era arrossata ai margini, vi furono borborigmi nella fossa ileocecale, nessuna intolleranza per gli alimenti liquidi, ad intervalli un po' di stitichezza, l'appetito era normale.

A carico dell'apparecchio respiratorio niente di notevole; nei primi giorni vi fu un espettorato mucoso con qualche striatura di sangue, che presto scomparve, insieme con i lievi fatti catarrali della mucosa bronchiale. La ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato diede risultato negativo. Per l'apparecchio circolatorio ricorderò il polso frequente, che non era in rapporto con la temperatura. L'analisi chimica e microscopica delle urine mostrò: albumina in tracce minime, prodotti solfoeterei in lieve aumento, indacano solforico abbondante, urobilina aumentata, uroeritrina in tracce, bilirubina assente, urati in leggero aumento; al microscopio si notarono rari corpuscoli muco purulenti, e qualche rarissimo cilindro renale ialino granuloso.

Per ciò che riguarda lo stato generale, esso fu relativamente buono, salvo nei primi giorni in cui vi fu depressione di forze notevole.

Nell'ultimo periodo della malattia, sul dorso della mano destra, sulla faccia dorsale dell'antibraccio e sulla regione anteriore del petto, comparve sulla pelle una eruzione (di sudamina?), costituita da rilievi vescicolari piccolissimi della grandezza di una testa di spillo o poco più, a contenuto sieroso, che presto desquamarono.

Con la comparsa di questa eruzione coincidette una diuresi abbondandissima e lo stato di miglioramento decisivo e definitivo.

Le ricerche sierologiche, praticate durante e dopo questa infezione, diedero risultati assai soddisfacenti. Già circa quindici giorni dopo l'inizio della febbre, eseguita la prova della reazione agglutinante del mio siero di sangue, estratto nel periodo dell'acme febbrile da una delle vene del gomito, si ebbe a constatare una reazione agglutinante classica per il micrococco melitense. Difatti, sia nell'osservazione al microscopio in preparati di goccia pendente, sia nella prova eseguita con i miscugli preparati in tubi di saggio, la reazione agglutinante fu positiva completamente alla diluizione di 1 :1000, e in gran parte positiva anche alla diluizione di 1 :2000.

Questo risultato non lasciò dubbio sulla etiologià vera della malattia. Successivamente, allo scopo di seguire le modificazioni di intensità che subiva col tempo tale reazione agglutinante, fu eseguita ben altre due volte. Da prima nel gennaio del 1913, quando già la infezione da vari mesi era spenta, la reazione agglutinante fu completamente positiva a 1 :1000, e incompletamente positiva a 1 :2000; questa volta contemporaneamente il siero fu cimentato alla prova della fissazione del complemento, che, come è noto, se positiva corrobora la specificità della reazione agglutinante, e questa prova riuscì del pari positiva. Una seconda volta la prova della reazione agglutinante fu eseguita dopo due anni dalla infezione (aprile 1914), e diede un risultato positivo alla diluizione di 1 :100, mentre a 1 :200 e a 1 :500 la reazione fu del tutto negativa.

In conclusione la reazione agglutinante dopo i due anni dalla infezione è venuta gradatamente scemando, fino a che nella ultima prova è stata positiva a 1 :100, cioè, a confronto dei valori ottenuti nell'acme della malattia, la quantità totale delle agglutinine del mio sangue è scemata di circa dieci volte, ma tuttavia è ancora forte abbastanza, da potere far trarre in errore diagnostico, nel caso che io, poniamo, fossi preso da una infezione intestinale febbrile, e in questa occasione, senza l'aiuto delle conoscenze riferite, si facesse la reazione agglutinante verso il micrococco melitense.

Questo fatto della persistenza delle agglutinine negli individui guariti di infezione melitense era stato messo in luce da Basset-Smith, ma, che io sappia, nella letteratura non è stato ancora descritto un caso, in cui l'esame delle agglutinine specifiche sia stato proseguito per così lungo tempo. Credo, perciò, che il caso riferito apporti un contributo non dispregevole nella questione della reazione agglutinante della febbre di Malta.

II CASO. — Trattasi di un giovine studente di anni 18 da Maierato. Egli fu affetto di febbre di Malta quattro anni or sono, ai primi di aprile del 1910, tempo in cui coincideva nel suo paese una vera epidemia di questa malattia. L'infermo ebbe al principio leggeri brividi serotini, che durarono alcuni giorni, dopo la temperatura si elevò fortemente, e raggiunse i 40°, e successivamente diminuì, sì da avere delle alternative di periodi febbrili intensi o leggeri o addirittura afebbrili, per la durata di circa quattro mesi. Vi fu cefalalgia, dolori ossei e articolari, sudori abbondanti, depressione delle forze nel periodo febbrile ,mentre nei periodi di apiressia, che qualche volta duravano cinque o sei giorni, egli si sentiva disposto a studiare. Fu fatta la diagnosi clinica di febbre di Malta, e siccome egli aveva sofferto precedentemente malaria, nel dubbio che la malattia simulasse una forma anomala malarica, prese molto chinino, però senza alcuna efficacia sul processo febbrile.

Dopo quattro anni circa, nel maggio del 1914, il giovane si sottopose alla estrazione di 3 cmc. di sangue dalla vena della piega del gomito. Eseguita la prova della reazione agglutinante di esso verso il micrococco melitense, del quale fu adoperato lo stesso campione che nel caso precedente, si ebbe il seguente risultato : a 1 :100 l'agglutinazione fu completa, a 1 :200 e 1 :500 l'agglutinazione fu incompleta ma più positiva che negativa, a 1 :1000 a 1 :2000 l'agglutinazione fu incompleta ma più negativa che positiva. In questo caso dunque la reazione agglutinante dimostrò un potere di agglutinazione del siero più forte di quello dimostrato dal mio siero. Ciò, a mio avviso, è spiegabile con il fatto che la malattia nel secondo caso durò più a lungo, e probabilmente fu più intensa.

Il contributo portato da questi due casi nella interpretazione del tasso di agglutinine specifiche verso il micrococco melitense, specie quando, come ho detto, si cerca di stabilire diagnosi di febbre mediterranea in atto, non è del tutto privo di interesse. Certo l'anamnesi può giovare molto, a patto che non vi sia dubbio su precedenti malattie, ma non sempre la cosa ci si presenta così semplice. Nella letteratura vengono a questo riguardo riportati alcuni casi, nei quali, ad es., durante una infezione di tifo, si dimostrò agglutinazione positiva del siero di sangue per il micrococco. Bentley avrebbe rinvenuto la sieroreazione agglutinante positiva anche nel Kala-azar. Gli AA. suppongono che vi fosse stata l'infezione melitense precedentemente, ma invero è una pura supposizione. E in argomento di supposizioni, la reazione agglutinante del siero di sangue verso il micrococco melitense offre tutta una serie di contraddizioni. Se si tiene conto del limite fissato nel *Trattato di batteriologia* di Kolle ed Hetch, cioè 1 :500 e

quello fissato da Cippitelli-Soulié e Gardon, 1:30, vi è davvero ben poco da rallegrarsi.

Infatti, i risultati, che i varî AA. riferiscono dalle ricerche eseguite sull'uomo e sugli animali in ordine alla reazione agglutinante del siero di sangue pei il micrococco di Bruce, sono tutt'altro che concordi. Così, mentre una numerosa schiera di ricercatori ricavano dalle loro ricerche la specificità della reazione agglutinante (Wright, Soullier e Gardon, Trambusti, D'Amore, Evangelista, Luna), altri — e sono i meno — deducono che la reazione agglutinante non è specifica (Critien, Kourich).

Molti tra questi affermano che i sieri normali dell'uomo e dei conigli agglutinano il micrococco (Lucibelli, Konrich), ciò che invece è negato da altri (Spagnolio); inoltre quelli che negano la specificità riferiscono casi di ammalati di altre infezioni, il cui siero ha agglutinato il melitense, e ciò è anche contraddetto dalle ricerche di altri autori (Evangelista, D'Amore). Evangelista ha trovato in 32 casi di tubercolosi la reazione agglutinante negativa anche a 1:10.

Come si vede, si è tutt'altro che d'accordo sulla specificità o meno della reazione agglutinante, come mezzo di diagnosi per l'infezione melitense. Conseguenza di ciò è, come dicevo, che mentre alcuni fissano i valori di diluizione a 1:20 e 1:50, perchè la reazione agglutinante sia ritenuta positiva agli effetti della diagnosi, altri, tenendo conto che il siero normale di parecchi individui ha potere agglutinante non indifferente per gli agenti della febbre di Malta, sostengono che un risultato positivo è dimostrativo per la diagnosi di questa malattia, solo quando, per mezzo del metodo quantitativo, viene determinato un titolo elevato, che deve ammontare per lo meno a circa 1:500 (Kolle ed Hetch).

Dalle mie poche ricerche che ho fatto al riguardo, ho tratto la persuasione che i valori bassi di agglutinazione non sono decisivi per indicare la specificità della infezione, e ciò perchè i risultati positivi di agglutinazione anche a 1:100 in individui normali non mancano a verificarsi.

Ecco quello che ho ottenuto nei seguenti casi:

1° donna affetta di carie delle ossa del collo del piede destro, febbrile: agglutinazione del siero di sangue per il melitense a 1:10 completa, a 1:40 incompleta, a 1:10 assente;

2° giovane affetto da sifilide recente, febbrile, non ha fatto cure mercuriali: agglutinazione per il melitense a 1:10 negativa;

3° G... G..., di anni 7, da Napoli, febbrile, con diagnosi clinica dubbia: agglutinazione per il melitense a 1:10 negativa;

4° N... N..., di anni 60, febbrile da due mesi, senza diagnosi: agglutinazione per il micrococco a 1:20 positiva, a 1:100 negativa.

Nei conigli normali i risultati sono anche disparatissimi, come si vede dalla seguente lista:

1° coniglio n. 1: agglutinazione del siero di sangue normale per il melitense a 1:10 assente;

2° coniglio n. 2: agglutinazione del siero di sangue per il melitense a 1:20 positiva, a 1:50 incompletamente positiva, a 1:100 incompletamente positiva;

3° coniglio n. 3: agglutinazione del siero di sangue per il melitense a 1:5 incompletamente positiva, a 1:10 negativa;

4° coniglio n. 4: agglutinazione del siero di sangue per il melitense a 1:10 negativa.

Al contrario, basta che i conigli siano infettati sperimentalmente, perchè si abbiano valori di agglutinazione elevati. Così il siero di sangue di un coniglio, al quale fu inoculato nella vena auricolare la metà di una emulsione batterica, ottenuta mescolando con 4 cmc. di acqua fisiologica sterile due colture in agar di 48 ore di micrococco melitense, campione Kraal, un po' attenuato, diede una agglutinazione positiva fino alla diluizione positiva di 1:1,000,000; e il siero di sangue di un altro coniglio al quale fu inoculato nella stessa quantità l'emulsione batterica di un campione di micrococco virulentissimo, fornito dall'Istituto di Zammit, diede una reazione agglutinante positiva a 1:10,000.

Ciò conferma che il siero di sangue dei conigli, quando sono infetti di melitense, agglutina questo germe a valori elevati. D'altra parte il primo caso qui sopra riferito indica come anche nell'uomo infetto di melitense, il siero di sangue agglutina a diluizioni elevate.

Ed allora, quale concetto dobbiamo trarre in ordine al limite del tasso di diluizione per la diagnosi di febbre melitense? Sono sufficienti le diluizioni 1:20 e 1:40 per diagnosticare la febbre di Malta? Io non credo e la letteratura conferma questo fatto. Basti ricordare i casi di Kourich, che ha trovato agglutinazione a 1:10 nei sani e a 1:500 in individui tubercolosi, e le altre ricerche sperimentali che dànno la diluizioni a 1:500 frequente nei conigli. Disgraziatamente questi risultati di una importanza colossale non sono stati controllati dalla ricerca della fissazione del complemento, che, aggiunta alla prima, avrebbe avuto un valore decisivo; ad ogni modo, essi sono tali da imporre un certo scetticismo.

Io credo che il problema del tasso di diluizione sia più complesso di quello che non sembri. Forse vi influiscono condizioni organiche

individuali che si comprendono in ciò che dicesi « immunità costituzionale individuale », e per le quali contro lo stesso germe individui di costituzione differente reagiscono in vario modo; forse vi influiscono pure condizioni inerenti alla virulenza del germe, alle vie di introduzione di esso, allo sviluppo che il germe assolve nei vari organi; tutte condizioni che si potranno controllare sugli animali, ma che in nessun altro modo possiamo acclarare nell'uomo, se non attraverso lo studio accurato dei singoli casi, che ci si presentano alla osservazione, indagine questa che il più delle volte ci fallisce. Tutto ciò porta a concludere che i mezzi di laboratorio, allo stato attuale della scienza, non sono così perfetti e incensurabili da dire di essi che hanno in sè la verità. Essi il più delle volte non rappresentano che l'acquisto di un numero maggiore di fili di conduzione, attraverso il misterioso labirinto, che è il nostro organismo. È perciò che la clinica rimane sovrana sempre; essa si rischiara delle acquisizioni del laboratorio, senza esserne perciò sostituita. La clinica anche qui ci dirà, volta a volta, se il limite di agglutinazione nel singolo caso debba essere la diluizione a 1:100 o a 1:500.

Certo, da un punto di vista rigorosamente scientifico, dobbiamo pensare, in armonia alle nostre conoscenze generali sul fenomeno della agglutinazione, che si può parlare di una azione specifica agglutinante di un siero solo quando il siero agisce in forti diluizioni (1).

CONCLUSIONI.

Le conclusioni che si possono trarre da quanto sopra ho riferito sono le seguenti:

1° Nell'uomo infetto di micrococco melitense, le agglutinine corrispondenti compariscono sin dal principio della infezione in una discreta quantità, rilevabile anche a diluizioni superiori a 1:1000.

2° Le agglutinine possono persistere per vari anni nel sangue di individui, che guarirono della infezione e ad un tasso considerevole (1:100, 1:200 nei casi qui studiati). Questo deve avere la sua importanza nelle infezioni miste, nel qual caso la storia anamnestica può illuminare non poco.

3° La quantità di agglutinine che si formano nell'uomo infetto di melitense è tale che l'infezione può essere nettamente differenziata dalle altre simili quando essa esiste. Questo fatto e l'altro anche accertato di trovare agglutinazioni a 1:50 per il melitense in sieri normali o altrimenti infettati, ci autorizza a considerare come tasso di agglutinazione per accertare la diagnosi di melitense diluizioni elevate, oscillanti da 1:300 a 1:500. Diluizioni inferiori lasciano sempre nel dubbio.

(1) LUSTIG e GALEOTTI. *Patologia generale.* Vol. I. Casa Editrice Milanese, 1914.

BIBLIOGRAFIA.

ANTICO. *Su quattro casi di febbre maltese.* Clinica medica italiana, 1910.

ANGLADA. *Recherches sur la séroreaction de Wright.* Comptes rendus de la Société de biologie. LXXII, 378, 1912.

BRUCE. *Sur une nouvelle forme de fièvre rencontrée sur les bords de la Méditerranée.* Annales Inst. Pasteur, 1893, pp. 290-304.

BASSET-SMITH. *A critical examination of the blood of patients in Hospital to determine if other than Med. Fever sera would agglutinate the Micr. Mel.* Report Med. Fev. Commission 1906, 4, 101.

BASSET-SMITH. *Agglutination of Malta Fever.* Journal of med. trop., 1907.

ID. *The agglutinating properties of the blood in cases of Med. Fev.* British med. Journal, 1902.

BENTLEY. *Kala-azar as analogue disease of Malta Fever.* British med., 1902.

CANTANI. *Su alcune febbricole di nota ed ignota origine.* Riforma medica, 1908.

ID. *Sulle forme lievissime di febbre di Malta in Napoli.* Rif. medica, 1908.

ID. *Sul valore della emodiagnosi nelle febbricole.* Riforma medica, 1909.

D'AMORE. *Sulla presenza di agglutinine o coagglutinine nel siero di ammalati e di animali immunizzati contro il micrococco melitense.* Riforma med., 1908.

CRITIEN. *Alcune osservazioni sulla sieroagglutinazione nelle febbri tubercolari e nella febbre di Malta.*

EVANGELISTA. *Sul potere agglutinante del siero dei tubercolotici sul micrococco melitense.* Riforma medica, 1909.

GABBI. *La febbre di Malta in Italia.* Palermo, 1907.

ID. *La febbre di Malta in Italia.* Riforma medica, 1910.

ID. *Ultimi studi sulla febbre mediterranea.* Rif. med., 1910.

GIUFFRÈ. *La febbre mediterranea secondo gli studi recenti.* Palermo, 1907.

GARDON. *Etude de la séroréaction de la fièvre méd.* Thèse de Montpellier, 1907.

KONRICH. *Untersuch. über Agglutination der Microc. Melit.* Zeitschrift fur Hyg., vol. 46, 1904.

KOLLE ed HETCH. *Batteriologia sperimentale.* Milano, 1907.

LUCIBELLI. *Contributo allo studio della infezione sperimentale da micrococco melitense.* Riforma medica, 1909.

MISSIROLI. *La sierodiagnosi della febbre mediterranea.* Biochimica e terapia sperimentale, 1912.

NERI-ANTICO-SPEGAI. *Studio epidemiologico sopra una ricorrenza di febbre mediterranea a Stiava.* Annali Università Toscane, 1910.

NÉGRE. *Sur l'agglutination du microc. melit. par les serum normaux.* Comptes rendus Soc. biol., LXIX, 1910.

NÉGRE e RAYNAUD. *De l'agglutination du microc. melit. par les serums humains.* Compt. rendus biol., 1911.
STEFANELLI. *Contributo allo studio della sieroreazione del microc. maltese.* Rivista clinica di clinica medica, 1907.
WRIGHT and SMITH. *On the application of the serumtest on the differential diagnosis of tifoid and Malta fever.* The Lancet, 1897.

Napoli, dicembre 1914.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Considerazioni su 1000 operazioni addominali.

(ARTHUR E. GILES. *The Lancet*).

Si tratta di mille interventi sull'addome eseguiti dall'A. all'Ospedale generale Principe di Galles in Tottenham, dalle quali sono state tratte delle riflessioni e considerazioni su alcuni punti speciali. Dalla statistica generale, tralasciando i particolari, risulta che gli interventi si distinsero in 881 operazioni ginecologiche (prevalentemente isterectomia per fibriomiomi ed isteropessie) e 119 non ginecologiche; con 30 casi di morte (3.4 %) nella prima serie e 13 (10.9 %) nella seconda serie. Da una seconda tavola poi risulta che il numero di casi è andato gradualmente crescendo nei vari anni mentre allo stesso tempo la mortalità andò diminuendo: in riassunto 305 casi con 20 morti (6.5 %) nei primi sette anni e 720 casi con 23 morti (3.2 %) nel secondo settennio.

Mortalità nelle operazioni addominali.

Una prima serie di considerazioni è fatta appunto su questo importante argomento. Abbiamo già visto quale diminuizione l'A. ha ottenuto nel numero delle morti: egli crede di dover attribuire questo fatto a tre fattori principali:

1. La aumentata esperienza personale.
2. Il maggior perfezionamento nella asepsi del quale l'A. attribuisce lealmente una parte di merito alle sue *sisters*: a questo proposito poi ha notato un notevole miglioramento in rapporto con la costruzione di una nuova e moderna sala di operazioni.
3. Il miglioramento della tecnica, risultante dalla somma di piccoli dettagli che di anno in anno si sono andati perfezionando: ne ricorda solo due: l'uso della tintura di iodio nelle preparazioni della pelle del malato e l'adozione sistematica dei guanti. A proposito di questi ultimi egli fa notare argutamente che la loro introduzione non che una spesa rappresenta una reale economia in quanto, diminuendo il numero delle suppurazioni, diminuisce anche quello delle lunghe e costose medicature che da quelle sono richieste.

Poche parole sulla mortalità nei singoli gruppi di casi. La mortalità è assai alta nei casi non ginecologici (10.9 %): ciò si spiega pensando che in questa serie rientrano come facenti parte della chirurgia generale le forme acute gravi e i carcinomi inoperabili. Quanto alla serie di operazioni ginecologiche la più alta mortalità (7.8 %) si ebbe nelle malattie delle salpingi: molti di questi casi erano senza dubbio settici. L'isterectomia per fibroma aveva 20 anni fa una mortalità assai maggiore dell'ovariectomia, ora accade il contrario e ci si può aspettare ancora un miglioramento: negli ultimi 100 casi si ebbe solo una morte. Ma lo stesso rapido miglioramento non può sperarsi per l'ovariectomia in quanto le complicazioni dei tumori ovarici sono destinate a essere molto più pericolose che quelle dei fibromi, e inoltre nell'ovariectomia rientrano dei casi di carcinoma diffuso operati solo a scopo palliativo. La gravidanza extrauterina dette un sol caso di morte su 65, risultato veramente soddisfacente, quando si pensa che essa il più delle volte compromette la vita della donna. L'isterectomia per carcinoma dette una percentuale di mortalità così bassa (2.7) quale certo non si sarebbe aspettata, data l'imponenza dell'operazione. Nessun caso di morte nella miomectomia e nell'isteropessia.

Età del paziente.

Dalle tavole e dalle grafiche pubblicate risulta una grande varietà su questo punto. Così i casi di ovariotomia si ebbero dai 9 ai 68 con una media maggiore sui 59 anni; di isteropessia per gravidanza rispettivamente 16, 69 e 50 anni; di carcinoma del collo 28, 81, 53 anni: è notevole che il carcinoma uterino che si manifesta dopo la menopausa invade assai più facilmente il collo mentre l'inverso accade se si presenta nell'età giovane, il che implica una maggiore malignità dei carcinomi nelle giovani, in quanto nei cancri del collo la recidiva è assai più frequente.

La gravidanza extrauterina si ebbe naturalmente nelle età più giovani e lo stesso si dica per le malattie infiammatorie delle tube. Questo ultimo fatto ha un interesse maggiore che non quello accademico: significa che la blenorragia, responsabile di circa il 95 % dei casi di salpingite, attacca le giovani donne o prima o subito dopo il matrimonio: molti casi senza dubbio guariscono senza conseguenza, ma in molti altri, come risulta dai 154 interventi, il male si propaga in alto oltre le tube e la possibilità di con-

cepire è inevitabilmente distrutta. Alcune di queste donne muoiono per infezione settica e, come abbiamo visto, è appunto in questo gruppo che la percentuale di mortalità è più alta.

Tuttavia l'operazione riporta la salute in molte di esse ma non reca la realizzazione dei loro sogni di maternità lieta, non restituisce quella felicità coniugale che la presenza dei figlioli può solo portare in una famiglia, non provvede a quella diminuzione nella percentuale delle nascite, e conseguente perdita di cittadini per lo Stato, di cui la blenorragia è fattore così responsabile. Queste considerazioni sono ben degne di attente osservazioni per parte di coloro che hanno, ormai in tutti i paesi, bandito una crociata contro le malattie veneree: e, senza giungere alle fantasie di una legislazione eugenetica, ci sia permesso di sperare che una pubblica opinione illuminata provochi due misure importanti per prevenire la diffusione di questa malattia. La prima consiste nel controllo rigoroso di quei grandi focolai di infezione che sono le pubbliche prostitute; e la seconda nello sviluppo di un senso del proprio dovere tale, che nessun uomo il quale abbia contratto una malattia pensi a un matrimonio prima di essere stato assicurato da una competente autorità medica di essere completamente guarito. Inoltre se i parenti o tutori delle fanciulle che sono per contrarre un matrimonio avessero completa la visione della loro responsabilità, non sarebbe assurdo che pretendessero l'assicurazione che i futuri mariti fossero immuni da qualsiasi malattia venerea.

Considerazioni sui singoli gruppi di operazioni.

Ovariotomia. — In questi casi fu riscontrata ogni specie di tumori: mortalità: 3.6 %. Molti casi presentarono una sintomatologia acuta per torsione del peduncolo. Molte volte si trattò di tumori assai voluminosi: in questi casi l'A. preferì sempre l'asportazione intera, piuttosto che una eventuale puntura pericolosa, secondo l'A., sia per l'effusione nella cavità peritoneale di fluido irritante, sia per la possibile disseminazione di vegetazioni papillomatose o maligne: nè deve trattenere il timore della lunga incisione all'uopo necessaria, perchè nei numerosi casi che l'A. ha avuto di ernia cicatriziale nessuna si era prodotta su una incisione troppo estesa. I 6 casi di morte furono dovuti alle seguenti cause: uno a peritonite già esistente prima dell'intervento per rottura di cisti ovarica; un secondo ad embolia polmonare al decimo giorno; un terzo a dermoide suppurante per sepsi; altri tre a shock (casi di sarcoma e di adeno carcinoma esteso).

Infiammazioni tubariche. — Questi casi vanno da semplice salpingo-ooforite con occlusione dell'ostio tubarico e da idrosalpinge al pyosalpinx del tipo più acuto. In parecchi casi la natura del male è tubercolare: la prognosi sarà allora riservata, perchè, sebbene molte guariscano, può darsi che l'intervento stesso provochi lo sviluppo di
che l'intervento stesso provochi lo sviluppo di un altro focolaio tubercolare finora latente e conduca a morte la malata. Analogamente può il travaglio del parto risvegliare un pyosalpinx latente e prodursi una sindrome simulante la setticemia puerperale. Del resto delle 12 morti che si ebbero in questo gruppo otto furono dovute a sepsi.

Gravidanza extrauterina. — Questo gruppo è particolarmente soddisfacente perchè si tratta di casi in cui un breve indugio nella diagnosi e nell'intervento successivo può condurre a morte la paziente. L'unico caso con esito disgraziato è costituito da un errore diagnostico dell'A.: la paziente fu visitata nell'ambulatorio e giudicata come affetta da retroversione di utero gravido e come tale accolta in Ospedale: 4 giorni dopo presentava i segni evidenti di emorragia interna, che però si riconobbe all'operazione essere già a uno stato avanzatissimo: la morte sopravvenne 36 ore dopo.

Isterectomia per fibromi. — L'attendere la menopausa è un errore: ciò presume, che l'emorragia sia l'unico sintomo grave di questa malattia trascurando il dolore, gli effetti della pressione endo-addominale, la debolezza generale e, secondariamente, che i disturbi cessino nel più dei casi con la menopausa, il che è assai lungi dal vero. Una guarigione precoce nelle donne giovani permette spesso la semplice miomectomia mentre l'attendere implica l'isterectomia. E bisogna tener conto delle complicazioni che si presentano nel 70 % dei casi con un 30 % di casi pericolosi: senza contare che in molti casi, in cui si era fatta diagnosi di semplice fibroma, all'operazione si trovarono tumori cranici e carcinomi o soli o accompagnati il fibroma. Infine l'argomento principale in favore della tattica aspettante è venuto a cadere oggi che, dati i perfezionamenti tecnici, l'operazione non costituisce più, come un tempo, un pericolo: sicchè è lecito di consigliare oggi, al solo scopo di togliere delle sofferenze, un intervento, che prima era solo richiesto dalla necessità di salvare una vita.

Per comodità di statistica l'A. include in questo gruppo anche i casi di isterectomia per *fibrosi*. È questa una lesione quasi sconosciuta fino agli ultimi anni e anche ora non ben chiara nella sua patologia. In essa la muscolatura normale dell'utero è abbondantemente sostituita da tessuto fibroso: conseguentemente è in pratica nullo il potere contrattile, così importante fattore per frenare l'emorragia, nè è suscettibile di

stimolo per parte di medicinali; si aggiunga che la mucosa diviene atrofica, sicchè nessun risultato si può ottenere dal raschiamento. Un tale utero è affatto inutile e l'isterectomia dà risultati brillanti, riportando la salute in queste pazienti.

In questa serie si ebbero 7 morti. Due furono dovute a sepsi: tale causa di morte possiamo affermare che al giorno d'oggi è evitabile. Due a insufficienza cardiaca: e ciò rimarrà sempre causa preoccupante, in quanto si tratta di pazienti che, appunto per aver differito l'operazione, hanno perduto notevole quantità di sangue. Una malata morì di bronco-polmonite: sia questo che altri casi simili hanno consigliato l'A. a rimandare l'atto operativo, anche non ostante la contrarietà della malata, ogni volta che ha trovato qualche sintoma morboso a carico del torace.

Un caso morì di embolia polmonare: contro questa complicazione, per fortuna rara, non abbiamo nessuna difesa preventiva. L'ultimo caso di morte fu dovuto a emorragia secondaria: si trattava come fu ben constatato all'autopsia di un fibroma che aveva preso intime aderenze vascolari al colon trasverso.

Isterectomia per carcinoma. — Secondo l'esperienza dell'A. la sede più benigna di un carcinoma è il corpo uterino, in quanto dopo l'isterectomia, la recidiva è straordinariamente rara. L'inverso accade per il cancro del collo anche con le operazioni più radicali (Wertheim). Esistono due tipi di cancro del collo dell'utero: Uno è il cosidetto epitelioma che si origina sul l'epitelio della porzione vaginale e in pieno sviluppo prende l'aspetto dei tumori a cavolfiore: se la diffusione verso la vagina non è grande, la rimozione completa ne è relativamente facile, e quindi la prognosi buona. L'altro tipo è il carcinoma glandolare, che prende origine dalle glandole cervicali, e ha tendenza a una diffusione straordinaria (legamenti larghi, vescica) prima ancora di manifestarsi con segni esterni: è preoccupante in tali casi il problema dell'intervenire o no, anche perchè non si sa quanto la diffusione sia estesa e grande è il pericolo di ledere la vescica o gli ureteri, mentre le probabilità di recidiva sono molte. I 23 casi di operazione di Wertheim eseguite dall'A. guarirono tutti meno uno (morto di sincope per cuore grasso 48 ore dopo l'intervento): ma da questo fatto egli non crede che ci si possa illudere, perchè bisogna sempre aspettarsi l'esito infausto in tali gravissime circostanze.

Miomectomia — Ecco le indicazioni suggerite dall'A.: 1) La posizione del tumore: sono da trattarsi con la miomectomia i fibromi peduncolati sottoperitoneali e qualcuno degli intrauterini; talvolta può essere nucleato anche un fibroma intramurale: 2) Il numero dei tumori: la miomectomia si eseguirà quando si tratti di uno o al massimo di due o tre fibromi: 3) L'età della paziente: nelle giovani specie se maritate e desiderose di figli, si cercherà in ogni modo di limitarsi alla miomectomia; mentre nelle vecchie sarà preferibile l'isterectomia.

Isteropessi. — Nonostante le critiche che gli sono state mosse, l'A. si dichiara impenitente nell'eseguire con relativa frequenza questa operazione i cui vantaggi sono i seguenti: la possibilità di guarire gli spostamenti uterini senza i disagi e i danni di un lungo trattamento a base di pessari; la buona posizione in cui l'utero rimane nella maggioranza dei casi; il fatto che la operazione non impedisce gravidanze future; e che gli stessi buoni risutati non possono ottenersi con altri mezzi. La fiducia dell'A. è poi confortata dalle condizioni in cui egli ritrova le pazienti anche dopo parecchi anni dall'intervento.

Operazioni non ginecologiche. — Ventisei casi appartengono al dominio della chirurgia generale: alcuni furono operati credendo di trovare altre lesioni da quelle che di fatto furono constatate. A ogni modo essi escono dal campo cui l'A. si è dedicato e quindi non vi si trattiene, eccezione fatta delle ernie cicatrizzali. Il più importante fattore predisponente di queste è il drenaggio prolungato: ma molte volte si può ben essere contenti di salvare la vita del malato a costo di aver poi questa complicazione. Altra causa predisponente risiede nello stato di flaccidità delle pareti addominali nelle donne grasse. Essendo l'argomento assai interresante l'A. si propone di tornarvi si in un articolo speciale.

Durata dell'operazione.

Si tratta di un argomento del massimo interesse. L'A. riassume i suoi dati statistici in una tavola e in una grafica speciale. Risulta da queste che in media l'operazione di Wertheim tiene di gran lunga il primo posto per lunghezza: 25 minuti più che qualsiasi altro intervento e in complesso compresa la preparazione (induzione dell'anestesia, preparazione del malato, ecc.) richiese in media un'ora e un quarto. Vengono appresso l'estirpazione totale per flogosi con 52 minuti primi, l'estirpazione totale per tumori ovarici con 49 minuti. L'estirpazione totale per carcinoma del corpo fu compiuta in media in 43 minuti primi, l'isterectomia per fibromi in 37 e la colporafia anteriore perineorafia e isteropessi per procidenza in 36. Tutte le altre operaizoni richiesero un tempo da un quarto a mezz'ora.

Il drenaggio nelle operazioni addominali.

« Drenare o non drenare » *that is the question.* È certo che il drenaggio ha degli inconvenienti: medicazione dolorosa nei primi giorni; convalescenza prolungata per una o più settimane; grande predisposizione all'ernia cicatriziale; dal punto di vista ospedaliero grande spesa per materiale di medicatura.

Ma inconvenienti vi sono anche col non drenare: così in quei casi in cui v'è probabilità di emorragia sia essa lenta e quindi possibile suppurazione, sia essa imponente da costituire una vera emorragia interna; così nei casi in cui vi sia possibilità di infezione o nei casi già infetti. Indubbiamente i pericoli cui si va incontro non applicando un drenaggio quando questo sia necessario sono assai maggiori della pratica contraria, laonde l'A. conclude che esso non debba esser applicato se non quando le circostanze lo richiedano, ma in questo caso debba essere applicato sempre; e, nel dubbio, si dreni.

Quanto al materiale di drenaggio è certo che in alcuni casi la fistola stercoracea è la conseguenza della compressione esercitata da un tubo di drenaggio solido: è consigliabile perciò di escludere assolutamente i tubi di vetro e di fare un parco uso anche di tubi di caoutchouc, limitandosi il più delle volte a drenare con garza. Se è vero che questa non costituisce un drenaggio sufficiente è pur vero che anche il tubo di gomma non costituisce l'ideale, essendo soggetto all'ostruzione. Del resto l'essenziale è che vi sia una via di minor resistenza attraverso la quale l'eventuale contenuto della cavità addominale, qualunque esso sia, si faccia strada all'esterno.

Trattamento post-operatorio.

L'A. richiama l'attenzione su tre o quattro punti che costituiscono un gran perfezionamento rispetto ai metodi antichi.

Un tempo si proibiva assolutamente qualunque bevanda agli operati sull'addome: oggi invece si dà loro quanta acqua essi vogliono: la vecchia pratica oltre che superflua tortura, non era per nulla necessaria: si aggiunga che, se il paziente ha sete, ciò dipende probabilmente da un contenuto gastrico irritante e una buona bevuta spazza via questo contenuto.

Un secondo progresso è costituito dalla posizione in cui il paziente è posto: e mentre prima era condannato all'immobilità assoluta per una intera settimana, oggi si permette assai più presto una ragionevole mobilità nel letto. A questo proposito va ricordata la posizione di Fowler che introdotta per i casi di peritonite con drenaggio soprapubico, nei quali ha arrecato tanto vantaggio è stata poi utilmente generalizzata a tutti gli operati sull'addome.

Infine va posta precocemente attenzione all'alvo. Invero già 15 o 20 anni fa dei chirurgi oculati pensavano che la migliore prevenzione rispetto alla sepsi e all'ostruzione intestinale era assicurare un precoce funzionamento intestinale. Ma l'adozione generale di questo convincimento è solo di data recente. In casi di sepsi o di ileo il consiglio migliore si è la somministrazione di piccole dosi ripetute di calomelano.

Certo vi sono dei casi di ostruzione stabile nei quali non è permesso rimandare l'operazione, ma ve ne sono altri che possono esser vinti con altri mezzi: fra i quali annoveriamo fra i più recentemente introdotti nell'uso: l'ergotininina, l'adrenalina e l'estratto pituitario.

L'A. chiude il suo articolo con un lungo e specifico elogio ai suoi collaboratori, assistenti e infermiere, dei quali non si potrà mai sminuire la grande importanza.

SEBASTIANI.

MEDICINA.

L'abuso del fumo e il sistema cardio-vascolare.

(PAWIUSKI. *Zeitschrift f. klin. Medizin*).

Oramai non v'ha più alcun dubbio che l'abuso del fumo provoca alcune forme nevrotiche del cuore e costituisce un fattore etiologico della massima importanza nella genesi dell'arteriosclerosi. Anche sperimentalmente si è potuto provocare a mezzo delle iniezioni di nicotina nelle arterie dei conigli una lesione analoga dell'arteriosclerosi umana.

L'A. ha fatto uno studio sintetico degli effetti del tabacco sul cuore e sui vasi. Egli ha potuto rilevare che nella etiologia di 3136 casi di arteriosclerosi l'abuso del fumo occupa il secondo posto, il primo è occupato dalla obesità: nel 29,8 % dei casi si potette all'anamnesi accertare l'abuso del tabacco. Nelle forme in cui la sclerosi è sopratutto a carico delle arterie coronarie l'etiologia nicotinica occupa il primo posto, circa il 41,9 % dei casi, mentre l'obesità, l'alcool, le cause psichiche, la sifilide si riscontrano in tali forme rispettivamente nella proporzione del 26.3, 21.3, 13.3, 10.3 per cento. In 2081 casi di arteriosclerosi nei quali non si ebbero manifestazioni a carico delle coronarie l'obesità figurava sulla etiologia nel 25.9 %, il fumo nel 23.3 %, l'alcool nel 23.3 %, la sifilide nel 13.3 %, le cause psichiche nel 6.1 %. Il fatto significante che si rileva da queste statistiche

si è che dei pazienti che soffrirono di angina pectoris circa una metà erano stati inveterati fumatori, mentre nei casi senza angina pectoris solo un quarto dei pazienti aveva abusato del fumo.

Il tabacco adunque ha una certa affinità specifica per le arterie coronarie, sulle quali pare agisca pure deleteriamente l'alcool; quando questi due veleni agiscono contemporaneamente, e questo è il caso più comune, gli effetti sono più gravi.

La nicotina è uno dei veleni più potenti, la sua tossicità si avvicina molto a quella del cianogeno. La dose minima letale per gli uomini non è stata ancora determinata, è certo però che dosi di 1 a 3 mmgr. provocano gravi sintomi di avvelenamento.

Oltre la nicotina le foglie di tabacco contengono un composto nitrogeno, la nicocianina, verisimilmente del gruppo delle canfore, che ha un'azione tossica analoga a quella della nicotina.

Le foglie stesse contengono inoltre olii volatili, altre sostanze nitrogene, grassi, acidi organici, amido, zucchero e cellulosa. La questione controversa se il fumo del tabacco contenga nicotina è stata risoluta affermativamente in seguito alle indagini di Zulinski e Lebrowski. Il fumo del tabacco contiene inoltre due altre basi appartenenti al gruppo della piridina, la piridina e la collidina; la prima si forma prevalentemente quando il tabacco è fumato in una pipa, essa ha azione irritante sulle mucose; la collidina si trova in maggiore quantità nel fumo delle sigarette ed ha un'azione più mite.

C. Bernard fu il primo a provare che la nicotina è un veleno del nervo vago. Traube dimostrò che la nicotina ha un'azione molto analoga a quella della digitale, in quanto che ambedue queste sostanze eccitano l'apparato neuromotore del cuore. Più recenti ricerche hanno messo in evidenza il fatto che la nicotina ha un'azione pronunciata sulle fibre del miocardio, e che agisce contemporaneamente sui vasi causando un notevole aumento della pressione del sangue. Quest'ultima azione è in rapporto di un'eccitazione del centro vasomotore nel bulbo e dell'apparato vasomotore della parete stessa dei vasi. Per quest'azione i vasi delle estremità inferiori e della cavità addominale si contraggono, mentre quelli cerebrali si dilatano.

Langley e Anderson hanno dimostrato che la nicotina è un potente veleno delle cellule dell'intero sistema nervoso vegetativo. Al riguardo essa si differenzia dagli altri veleni esogeni la cui azione specifica è più ristretta.

Ad es. l'adrenalina esplica la sua azione solo sulle terminazioni dei nervi simpatici, mentre l'atropina e la muscarina agiscono solamente sul sistema pneumagastrico.

Pezzi e Clere studiarono l'azione della nicotina sul ritmo cardiaco ed attribuiscono le irregolarità da essa indotte in quest'ultimo all'eccitamento del centro del vago. Otto trovò che i cambiamenti più accentuati avvengono nelle arterie coronarie e nei loro rami, e constano di un ispessimento considerevole dell'intima e di una pronunciata degenrazione della media. Questi fatti sperimentali si accordano perfettamente con i fatti clinici. D'altra parte il miocardio subisce delle alterazioni interstiziali e parenchimatose. Adler ed Hensel infine riuscirono a provocare negli animali delle alterazioni ateromasiche nell'aorta a mezzo di iniezioni di nicotina.

I disturbi funzionali dell'attività cardiaca causati dalla nicotina sono simili a quelli provocati da altre cause come sopraffaticamento cerebrale, nevrastenia, isterismo, ecc., con questa differenza che nei primi i disturbi del ritmo avvengono prevalentemente per intermittenze causate da extrasistoli.

Le nevrosi dolorose del cuore in rapporto ad avvelenamento tabagico sono più comuni nelle donne che negli uomini.

L'ansia precordiale, la bradicardia, le false anginae pectoris si hanno solo dopo un abuso notevole del fumo e la tachicardia parossistica si verifica solamente nei soggetti con tare nervose

La sclerosi dei vasi delle estremità inferiori è molto frequente nei tabagisti e dà luogo, secondo l'A., alla claudicazione intermittente che può riguardarsi come una forma periferica di angina pectoris.

Alla medesima causa è stata pure attribuita la cosidetta angina addominale.

DR.

MEDICINA DI GUERRA.

Il pericolo dei pidocchi tra le truppe combattenti.

(GUIART. *Paris médical*, 27 marzo 1915).

I parassiti della cute meritano di richiamare l'attenzione del personale sanitario militare a causa del pericolo che essi rappresentano per le truppe. Tra i più frequenti sono l'acaro della scabbia e le varie specie di pidocchi. L'acaro produce una malattia fastidiosa e molto contagiosa, ma non costituisce un vero pericolo per la salute nostra. Al contrario i pidocchi non soltanto sono una vera piaga pei soldati di trincea che ne siano colpiti, ma ancora una minaccia costante di epidemie gravi.

Sono note e comuni tre specie principali di pidocchi: i *pediculi capitis*, i *pediculi vestimenti*, i *pediculi pubis*.

Nei paesi civili si può dire che la *pediculosis capitis* esista ancora soltanto per i fanciulli, e sopra tutto fra le classi povere.

Nelle grandi città è ancora frequente fra i piccoli scolari.

In alcune regioni vi è tuttavia la superstizione che i pidocchi abbiano origine da speciali umori morbosi, e perciò costituiscano un emuntorio naturale; e molte madri li seminano fra i capelli dei propri bambini, credendo di preservarli a questo modo da numerose malattie. Così si vedono tuttora casi di *plica polonica*, nei quali la pediculosi con le consecutive lesioni settiche da grattamento durano da tempo, ed i capelli appiccicati dai liquidi che trasudano nelle ferite e dalle pustole vengono a formare un vero feltro di sporcizia, che prima veniva considerato come un *noli me tangere*.

Il pidocchio del capo si riproduce assai rapidamente: ogni femina depone circa 60 uova, e le larve che ne nascono son già adulte in una quindicina di giorni.

Per lo più è il *pediculus capitis* che fra i bambini inocula i germi dell'impetigine, e spesso è anche mezzo di contagio per la tubercolosi. Si osserva difatti che i bambini affetti da tubercolosi dei nodi linfatici del collo sono quasi sempre o sono stati portatori di pidocchi.

Nei bambini si distruggeranno facilmente con una miscela a parti uguali di olio comune e d'olio di petrolio che si lascia agire per tutta la notte, e quindi la mattina si pettinano con un pettine frequentemente bagnato con aceto per rammollire e distaccare le lendini. Gli insetti adulti muoiono asfissiati dall'olio, che ottura gli orifizî respiratori.

Nelle trincee i soldati sono esposti specialmente agli attacchi dei pidocchi dei vestimenti, ma possono anche albergare i pidocchi del capo. Se ne eviterà la prolificazione obbligando i soldati a tenere rasi i capelli, ed eventualmente si faranno applicazioni di aceto e sublimato all'1 su 500, che gioveranno per le lendini e per gl'insetti adulti.

Il *pediculus vestimenti* non vive sulla pelle, ma fra le pieghe degli abiti che sono a contatto con la pelle e su di essi depone le uova: ne esce soltanto quando ha bisogno di nutrirsi per pungere la pelle e succhiarne il sangue. È un parassita delle persone sporche che non cambiano spesso la biancheria, e quasi sempre è ospite dei vagabondi e dei vecchi mendicanti.

A differenza del *pediculus capitis* che predomina nell'infanzia, esso è piuttosto un parassita della vecchiaia.

È da notare che l'inoculazione nella pelle della saliva del pidocchio nell'atto della puntura dà luogo alla formazione di macchie pigmentarie brune, che costituiscono una speciale melanodermia, nota col nome di *malattia dei vagabondi*, che in generale si accompagna con tracce molteplici di grattamento.

La sua prolificità è enorme. Loewenhoeck si è sottoposto ad un esperimento personale; ed ha calcolato che da una coppia sola dopo due mesi erano nati circa 15,000 individui.

E così una sola coppia di pidocchi sfuggita fra le pieghe per es. di uno scaporale, può dar luogo in breve tempo all'invasione di nuovi pidocchi su tutta la superficie del corpo, ove manchino le abitudini della pulizia e dell'igiene.

Nei tempi antichi ciò si verificava facilmente: e dalla osservazione di malati che morivano tutti coperti di pidocchi era nata la credenza che essi morissero divorati da questi parassiti. E si parlava perciò di una speciale *malattia pediculare*.

Tutto ciò si è potuto osservare ancora oggi giorno fra i soldati che combattono in trincea, che non possono cambiare spesso la biancheria. E perciò ancora oggi il *pediculus vestimenti* dev'essere combattuto come un vero pericolo per la salute dei soldati.

Il Guiart dice che i soldati francesi nella guerra attuale sono stati spesso le vittime dei pidocchi nelle trincee tolte ai soldati tedeschi, i quali così frequentemente sarebbero portatori prolifici di questi parassiti.

Il *pediculus vestimenti* è fra i parassiti più pericolosi: esso è capace di inoculare all'uomo, fra le altre malattie, la febbre ricorrente ed il tifo esantematico.

La *febbre ricorrente* è una malattia molto diffusa sulla superficie terrestre ed è caratterizzata dalla ricorrenza di accessi febbrili che, a differenza di quelli della malaria, durano parecchi giorni. L'agente causale è la spirocheta d'Obermeyer, ospite del sangue. La sua inoculazione mediante la puntura dei pediculi dei vestimenti spiega perchè questa malattia è propria delle genti sporche e povere.

Il *tifo esantematico* è fra le malattie più temibili dell'uomo, caratterizzato da uno speciale quadro tifoso e da una speciale eruzione cutanea. È una malattia nota da tempi antichissimi quando faceva strage fra guerre e pestilenze; col progresso della civiltà essa tende a scomparire. Il suo parassita non è noto; ma per le esperienze di Nicolle a Tunisi si sa che gli agenti di trasmissione per questa malattia sono i *pediculi vestimenti*. Ciò spiega perchè questa malattia si manifesti sopra tutto negli asili notturni, nei ricoveri di mendicità, nelle

prigioni, e perchè essa sia trasportata da un posto all'altro dai vagabondi.

Questo mezzo di diffusione della malattia è dimostrato ancora dal fatto che basta ripulire i vagabondi e disinfettarne gl'indumenti per arrestare un'epidemia.

Nelle condizioni attuali sono temibili le epidemie di tifo ricorrente o di tifo esantematico?

Se gli agenti d'inoculazione esistono a profusione, basterà che essi possano infettarsi su soggetti infetti di queste malattie. Fra le armi combattenti, si trovano precisamente i rappresentanti delle principali popolazioni affette da questa malattia: indigeni dell'Africa del Nord, indiani turchi, austro-tedeschi orientali, russi, ecc. Se fra questi si manifestano dei casi di tale malattia, non mancherà nessun fattore per il verificarsi dell'epidemia. È questa una grave minaccia per le truppe combattenti.

È necessario pertanto difenderne i soldati. Ma questa difesa è facile in tempi di pace quando basta sbarazzarsi degli indumenti e disinfettarli in una stufa per distruggere tutti questi parassiti, e rivestirsi poi di biancheria pulita dopo aver fatto un bagno generale. In tempi di guerra si può trattare allo stesso modo gl'infermi ed i feriti che vengono negli ospedali.

Ma come fare a preservarne i milioni di soldati nelle trincee? Molti difetterebbero di biancheria di ricambio, e nessuno potrebbe cambiarla.

Di solito sono usate sostanze volatili che possano introdursi fra gli abiti e siano capaci, se non di distruggere i pidocchi, almeno di renderne meno fastidioso il soggiorno. Alcuni raccomandano di usare sotto le vesti una compressa imbevuta di benzina: ciò costituirebbe un pericolo per i fumatori. Altri vantano il fumo del tabacco, che manderebbero sotto i vestiti a mezzo di un tubo di caoutchouc. Si raccomandano anche i fiori di zolfo: nel Nord-Africa spesso si suole introdurre fra la biancheria e la pelle un piccolo sacchetto pieno di fiori di zolfo, come fosse uno scapolare: non è accertato però il valore di questo metodo.

Il Guiart consiglia di ungere la pelle con olio canforato, che sarebbe un rimedio molto più efficace.

In un modo o nell'altro, bisognerà provvedere a difendere il soldato da questo grave pericolo, prima che ne nascano epidemie gravi e irreparabili.

L'igiene e la pulizia del corpo, il rinnovamento frequente della biancheria personale e le unzioni della pelle con olio canforato sono i mezzi principali in questa lotta contro i pidocchi: bisogna curarne l'applicazione fra i militari e, se è possibile, fra la popolazione civile delle regioni occupate.

Se, malgrado queste precauzioni, si verificasse qualche caso di tifo ricorrente o di tifo esantematico, bisognerà rivolgere la massima attenzione contro questo pericolo dei pidocchi. Si isolerà l'infermo e al più presto si distruggeranno i pidocchi dei suoi abiti e di quelli dei suoi vicini. Bisognerà inoltre vuotare le trincee infette, distruggendo tutto col fuoco e disinfettare i locali chiusi dove l'infermo dovette fermarsi. È utile sapere però che i pidocchi non possono vivere a lungo al di fuori della vita parassitaria: essi muoiono rapidamente se non possono nutrirsi di sangue almeno una volta ogni 24 ore.

Il *pediculus pubis* al contrario si ritiene finora un parassita poco pericoloso. Esso è molto frequente fra i soldati. È il pidocchio per eccellenza dell'età adulta, delle classi povere come delle agiate, e ciò perchè si trasmette prevalentemente mediante i rapporti sessuali. Si può trasmettere anche per mezzo dei letti d'albergo, le latrine e le sedie degli stabilimenti pubblici e le vetture delle ferrovie. Il genere di vita delle trincee ne facilita la diffusione. Siccome esso vive in tutte le regioni cutanee pelose, si sorveglierà che i soldati si radano spesso la barba. Si combatterà per mezzo di applicazioni di aceto al sublimato.

Per concludere: bisognerà sorvegliare con grande cura la proprietà personale dei soldati, installare se è possibile delle doccie vicino alle trincee, far cambiare la camicia ai soldati e pulire i propri vestiti durante i periodi di riposo. Si aggiungeranno i mezzi di distruzione e di cura indicati e che potranno essere applicati per sezioni successivamente.

Quest'impresa sarà difficile, ma largamente redditizia, perchè servirà a salvare da morte quasi sicura numerose esistenze minacciate dalle possibili epidemie. I medici e gl'infermieri, che in tutte le epidemie di tifo esantematico hanno pagato il più largo tributo, con queste misure preventive avranno fatto opera di difesa anche per la propria esistenza.

P. SABELLA.

La biologia dei pidocchi delle vesti e la profilassi del tifo petecchiale.

Le ultime ricerche hanno dimostrato in modo affatto decisivo che i pidocchi delle vesti sono i portatori del tifo petecchiale e che essi costituiscono se non l'unico, certo il più importante mezzo di trasmissione della infezione, tanto più che pare che il germe patogeno si trovi non

solo nel parassita adulto ma sia trasmesso anche ereditariamente nelle generazioni successive.

Prowazek (*Münch. medizin. Wochenschrift*) osserva che tutti i mezzi terapeutici si sono dimostrati inefficaci contro il tifo esantematico e quindi l'unico mezzo di difesa contro la infezione che fa strage negli eserciti consiste in una rigorosa profilassi e conseguentemente nella distruzione dei pidocchi e delle loro uova.

La distruzione dei pidocchi adulti anche sul corpo dell'individuo già infetto ha importanza oltre che per impedire la diffusione della malattia, anche perchè si possono così evitare le superinfezioni dell'infermo. Si è infatti osservato che gli individui affetti da tifo petecchiale quando non siano spidocchiati presentano un quadro morboso più grave di quel che presentano gli individui posti in buone condizioni igieniche e liberati completamente dai pidocchi.

I mezzi indicati per la distruzione di questi insetti sono parecchi. Arning e Jovannovics raccomandano una soluzione di xilolo in olio di colza al 5 %, l'olio di garofani, i decotti di tabacco. Rimedî efficaci sono pure i vapori di iodoformio e quelli di assa fetida, ma sopratutto quelli di xilolo e di benzina nonchè le fregagioni con etere solforico, che distrugge insieme i parassiti e loro uova. Un buon antiparassitario si sarebbe dimostrato pure l'olio di finocchi, che si adopera versandone qualche goccia sulla biancheria prima di adoperarla.

Nell'ultima guerra balcanica fu fatto largo uso e con buoni effetti, di una miscela di 60 parti di alcool, 25 di tintura di calamo aromatico e 15 di bergamotto, questa miscela sarebbe sopratutto vantaggiosa perchè si è dimostrata efficace anche contro le pulci, che, come è noto, possono esser veicoli anche di altre infezioni.

Le uova che sono più resistenti dei parassiti adulti si possono distruggere con la solforazione e con la disinfezione a vapore. Quando si hanno a portata di mano apparecchi per tali disinfezioni, si pongono gli abiti e gli altri oggetti in un recipiente ben chiuso in fondo al quale si sia versata della benzina.

Ad ogni modo per evitare l'attecchimento dei pidocchi delle vesti e per ottenere la loro distruzione, i mezzi migliori specialmente per il soldato in guerra è quello delle frizioni con olii eterei, e fra questi migliori si sono dimostrati l'olio di eucaliptolo, l'olio di garofani, l'olio di finocchi e l'olio di anice, che devono essere diluiti nell'alcool a 96 % nella proporzione del 30-40 %.

DR.

La pediculosi nei soldati in guerra.

I medici che han preso parte alla campagna di Libia sanno quale piaga sia per le truppe in campagna la pediculosi.

Il dott. Millian, maggiore medico di 2ª classe a Verdun, nel *Paris Médical,* dopo aver rilevato che anche le truppe francesi sono spesso infestate dai fastidiosi parassiti, ed aver enumerato le varie complicazioni cui possono dar luogo (prurigo, ectima, furuncolosi, ascessi, ecc.) ed i pericoli di trasmissioni di malattie infettive, quale il tifo esantematico, si sofferma a studiare quale siane la migliore difesa.

Contrariamente a ciò che comunemente si crede, sono i pidocchi dei vestiti e non quelli del capo o del pube quelli che maggiormente tormentano i soldati e questi parassiti non vivono sulla pelle degli uomini, ma risiedono nella biancheria e specialmente nelle flanelle, nelle maglie, ecc.

Abbandonano bensì momentaneamente tali sedi per pungere la loro vittima, ma appena succhiato il sangue, tornano a rimpiattarvisi. Se si osserva così il soldato affetto da pediculosi è difficile trovare sulla sua pelle i pidocchi, mentre essi formicolano tra le pieghe e tra le cuciture dei suoi vestiti e della sua biancheria.

Il dott. Millian quindi propone come unico mezzo di profilassi e di cura contro gli schifosi parassiti, che delle stufe sterilizzatrici siano assegnate *a ciascuna ambulanza divisionale* (corrispondente alla nostra sezione di sanità) e, funzionando continuamente, disinfettino volta per volta le vesti e le coperte delle truppe che successivamente fan servizio di riserva.

Si avrebbe così anche il vantaggio di distruggere, oltre i pidocchi, anche i germi che possono infettare le vesti ed esser poi, in caso di ferita, causa di complicazioni settiche.

Cap. G. MENDES.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Due casi di ulcera molle extragenitale

per il dott. VITTORIO MARZOCCHI
Medico del Servizio celtico municipale.

Durante l'anno scorso mi venne fornita l'occasione di osservare al Primo Dispensario celtico di Torino due casi di ulcere molli extragenitali.

Credo opportuno illustrarli, non tanto per il decorso che non presenta nulla di particolare, quanto per la localizzazione loro assai rara. Aggiungo che questi sono i due soli casi di ulceri

molli extragenitali che, in nove anni di servizio al Dispensario, sopra parecchie migliaia di casi, mi venne dato osservare.

G... G..., d'anni 34, impiegato, si presenta al Dispensario il 7 gennaio 1913, per una ulcera molle tipica alla cute del pene, ed una ulcerazione nella regione mediana del labbro inferiore, del diametro di una moneta da due centesimi, situata sul bordo libero ed estendentesi sulla faccia cutanea. Questa ulcerazione si presenta ricoperta da un crosta nerastra molto adedente, ed è circondata da un alone rosso violaceo, specialmente evidente sulla faccia esterna del labbro. È piuttosto dolente, sia spontaneamente, che alla pressione. L'ammalato riferisce che ambedue le ulcerazioni datano da circa un mese: quella del labbro si manifestò però qualche giorno dopo l'altra. L'ulcera al pene era stata curata con causticazioni di acido fenico puro e con una delle solite polveri disinfettanti: quella al labbro con toccamenti col cannello di nitrato d'argento.

Si procede ad una accurata visita generale, allo scopo di verificare se esistono segni di sifilide, ma con risultato completamente negativo. Mentre si prosegue la cura dell'ulcera molle al pene coi soliti metodi, si consiglia invece di limitare la cura dell'ulcera al labbro a dei frequenti lavaggi con delle soluzioni disinfettanti e ad applicazioni di una pomata allo jodoformio, attendendo il distacco della crosta per fare la diagnosi esatta. Dopo qualche giorno, staccatasi la crosta, si vede l'ulcerazione con fondo lardaceo facilmente sanguinante ed i margini irregolari e scollati.

Dato l'aspetto particolare dell'ulcerazione e la concomitanza dell'ulcera molle al pene, credo opportuno eseguire l'esame microscopico del secreto e di qualche detrito ottenuto dal raschiamento del fondo, nel quale trovo abbondanti bacilli del Ducrey. Stabilita così la diagnosi, inizio delle causticazioni con acido fenico puro, continuando i lavaggi disinfettanti e l'applicazione della pomata allo iodoformio. Dopo circa un mese, l'ammalato abbandona il Dispensario, dovendo lasciare Torino, quasi completamente guarito.

Interrogato insistentemente, l'ammalato nega assolutamente di avere avuti rapporti anormali con donne. Si riesce però a sapere che nei giorni precedenti all'infezione, egli aveva sofferto, nella stessa località, di una lesione, in cui pare ravvisare un'erpete febbrile, e che questa lesione esisteva ancora quando comparve l'ulcera al pene.

A... C..., d'anni 39, venditore ambulante, si presenta al Dispensario il 20 marzo 1913 con molte ulcere molli tipiche al prepuzio, al glande ed alla cute del pene, e scabbia. Presenta su tutto il corpo lesioni da grattamento e si trova in un deplorevole stato di sudiciume. Alla faccia volare del pugnetto sinistro si trovano due ulcerazioni trasversali assai allungate, quasi ragadiformi, lunghe da 1 a 2 centimetri, a bordi irregolari un po' scollati, circondate da un discreto alone rosso livido e a fondo lardaceo, piuttosto dolenti anche spontaneamente. Inizio immediatamente coi soliti metodi la cura delle ulceri veneree ai genitali, consigliando intanto, quanto alla scabbia, qualche bagno di pulizia, allo scopo di migliorare le condizioni della pelle, prima di intraprendere la cura contro la scabbia. Per le ulcerazioni al pugnetto, sulle quali non posso ancora pronunziarmi, prescrivo dei lavaggi antisettici e dei bendaggi protettivi.

Fino a questo momento, le ulceri al pene erano state semplicemente lavate con acqua semplice e quelle al pugnetto, fasciate con stracci tutt'altro che puliti. Le prime datavano da un mese circa, le seconde da una dozzina di giorni.

Dopo tre giorni, l'ammalato ritornò: mentre le condizioni generali della pelle erano alquanto migliorate, le ulcerazioni al pugnetto non presentavano nessuna modificazione, e neppure insistendo per qualche giorno ancora cogli impacchi al sublimato, si ottenne un miglioramento notevole. Per questo, per la concomitanza delle ulcere molli ai genitali, per la trascuratezza dell'ammalato, mi venne il sospetto che potesse trattarsi di una localizzazione dell'infezione venerea, e questo sospetto fu confermato dall'esame microscopico che mi dimostrò la presenza dei bacilli del Ducrey nei detriti ottenuti raschiando il fondo delle ulcerazioni in questione. Praticai quindi una causticazione del fondo e dei margini con acido fenico puro e consigliai l'ammalato a presentarsi tutti i giorni al Dispensario. L'ammalato però, parte per il suo mestiere girovago, parte per la sua trascuratezza abituale, seguì la cura molto irregolarmente: le ulcere impiegarono circa due mesi a guarire, fu però abbastanza fortunato, non avendo nessuna complicazione da parte dell'apparato linfatico, se se ne toglie un leggiero ingrossamento alquanto doloroso dei gangli ascellari, che però non diede mai gravi disturbi e scomparve rapidamente, curato con pennellazioni con tintura di iodio. Lo rividi poi al principio di giugno, perfettamente guarito.

Nel primo di questi due casi l'ulcera molle si innestò certamente al labbro su una lesione precedente di altra natura, probabilmente un'erpete febbrile. Non è molto chiaro invece come l'innesto sia avvenuto, se direttamente, per rapporti sessuali anormali, o per trasporto di materiale infetto mediante un dito. Certo la quasi contemporanea comparsa delle due lesioni e la difficoltà per l'ammalato di stabilire con certezza l'inizio dell'affezione venerea al labbro dove già un'altra lesione esisteva, rende più probabile la prima ipotesi, malgrado le sue recise negative. Nel secondo caso invece appare evidente, data la notevole distanza di tempo fra la comparsa delle ulcere ai genitali e quella delle ulcere al pugnetto, che l'ammalato si è inoculato in quest'ultima località la malattia, grattandosi colle unghie cariche di materiale infetto.

Quanto al decorso, nulla di particolarmente notevole: le lesioni avevano un aspetto abbastanza tipico; mancarono complicazioni di qualsiasi genere, meno un leggero risentimento da parte delle ghiandole linfatiche viciniori: la guarigione fu ottenuta in un periodo di tempo abbastanza breve nel primo caso, mentre la mag-

gior durata nel secondo si dovette più che ad altro, alla trascuratezza dell'ammalato.

Quello che invece mi pare degno di nota è la localizzazione. Stando alla statistica del Tomaszewski (*Hdb. f. Geschlechtskrankheiten*, 1912) su 163 casi di ulcere molli extragenitali raccolti dalla letteratura, se ne hanno 24 alle labbra ed uno al pugnetto (caso di Sprecher). Questa statistica è importante inquantochè dimostra, pur tenendo conto di qualche omissione ed anche del fatto che forse non tutti i casi di ulcere molli extragenitali sono stati pubblicati e forse parecchi non sono diagnosticati, che queste ulcere sono assai rare ed in particolar modo sono rare le localizzazioni che ho potuto osservare e specialmente l'ultima. Di queste ho trovato soli due casi descritti: quello di Sprecher sopra citato e quello di Gaucher, Druelle e Jacob (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 1910), molto simile al mio, inquantochè trattavasi pure di autoinoculazione in uno scabbioso.

La letteratura di data posteriore alla statistica di Tomaszewski, aggiunge assai pochi casi: ricordo quelli di Merian (*Monatschr. f. prakt. Dermat.*, t. 53), di Bruner (*Dermat. Woch.*, 1912), di Hudele et Bodineau e di Belloir (*Bullet. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 1912) e di Pawlow (*Dermat. Zeitschr.*, 1914), nessuno dei quali riguarda localizzazioni come quelle da me osservate.

Per la rarità appunto di queste localizzazioni e pel fatto che, almeno secondo qualche A. (Tomaszewski), sono assai rari i casi di innesto di ulcere molli su altre affezione cutanee preesistenti, ho creduto interessante di pubblicare questi due casi.

Dal Primo Dispensario Celtico di Torino, diretto dal dott. G. Salsotto, novembre 1914.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 15 febbraio 1915.

Prof. BOZZI E. *Tre casi di occlusione intestinale*. — L'O. rileva come scorrendo le statistiche relative all'intervento nell'occlusione intestinale si riscontri una mortalità notevolmente elevata, e questo perchè gli ammalati vengono inviati al chirurgo tre, quattro giorni dopo che si sono presentati i primi sintomi; se invece si intervenisse precocemente si avrebbe modo di operare in condizioni molto più favorevoli e quindi l'esito dell'operazione sarebbe certamente migliore. L'O. riferisce poi le storie cliniche e l'atto operativo eseguito nei casi venuti alla sua osservazione e nei quali intervenne nel primo dopo 48 ore, nel secondo dopo 36 ore, nel terzo dopo 27 e nel quarto dopo 30 ore dall'inizio dei primi sintomi. In tutti i casi il decorso post-operatorio fu regolare senza complicazioni. L'A. dopo aver rilevato l'importanza di alcuni sintomi clinici che possono aver notevole importanza per la diagnosi conclude insistendo sulla opportunità, in casi consimili, di intervenire il più precocemente possibile, potendosi così ottenere dall'operazione ottimi risultati.

Prof. RUBINO C. *Alcuni caratteri morfologici strutturali e funzionali degli elementi figurati del sangue rilevati mediante una reazione cromogena*. — L'A. ha applicato all'esame microscopico del sangue le sostanze comunemente usate per l'esame clinico: la tintura alcoolica di resina di guaiaco o di benzidina unite all'acqua ossigenata o all'olio essenziale vecchio di trementina. Tra queste sostanze ed alcuni elementi morfologici del sangue avviene una vera reazione cromogena che si manifesta con tre diversi colori fondamentali i quali vengono a determinarsi in modo elettivo su alcuni elementi cellulari che in base ad essi possono essere differenziati. I nuclei e il protoplasma cellulare restano scolorati.

I globuli rossi, che possono presentare (specie colorando con resina di guaiaco fini granulazioni) in alcuni stati morbosi mostrano un alone azzurro ependimale per tutta la periferia o per tratti; ciò che farebbe pensare all'esistenza di una vera membrana avvolgente.

Nei globuli bianchi si mettono in evidenza varie specie di leucociti granulosi: leucociti a granuli azzurri, a granuli oro, a granuli bicromi (oro al centro e azzurro alla periferia). L'A. presenta le microfotografie nelle quali sono riprodotti tutti questi vari elementi. Sui dati finora raccolti non si può dire che esista parallelismo tra la presenza dei leucociti granulosi e quella dei granuli di ossidasi che si hanno colla colorazione di Winkler-Schultze: altrettanto dicasi dei rapporti tra questi granulociti e i leucociti eosinofili. Il fatto che nelle colorazioni bicrome di alcuni leucociti si vedono quasi riprodotte le proprietà cromatiche di alcune emazie; la comunanza di colore tra queste granulazioni bicrome e alcune emazie e le granulazioni di alcuni leucociti, da una parte, e l'orlo ependimale eritrocitico e le granulazioni azzurre di alcuni altri leucociti d'altra parte, può costituire non solo una dimostrazione della comunanza di origine

dei vari elementi figurati del sangue, ma rende anche ammissibile l'ipotesi dell'esistenza di intimità funzionali tra gli elementi della serie emoglobinica e quelli della serie leucocitaria.

Prof. MORIANI G. *Forme speciali di degenerazione elastica nei processi putrefattivi.* — L'O. dopo aver accennato alle forme vere e proprie di modificazioni che avvengono nel tessuto elastico dal lato anatomo patologico ed esposto la tecnica seguita nelle sue ricerche, illustra l'andamento che segue la degenerazione elastica nei processi putrefattivi. Dalla lunga serie di ricerche eseguite l'O. viene a concludere come in base alla degenerazione del tessuto elastico si possa giungere a stabilire le fasi cronologiche della putrefazione come pure a diagnosticare l'ambiente in cui la putrefazione è avvenuta. SEGALE.

Società medica di Parma.

Sedute del 26 febbraio e del 26 marzo 1915.

Prof. P. GUIZZETTI e dott. G. TOMASINELLI. *Un caso di degenerazione primitiva sistematizzata delle vie commisurali del cervello da alcoolismo cronico* (morbo di Marchiafava). — Gli AA. descrivono un caso di degenerazione grigia del corpo calloso e della commissura bianca anteriore clinicamente e anatomicamente. Concludono col ritenere la degenerazione primitiva e ricordano i pochi casi già descritti dal Marchiafava e dalla sua scuola.

L. RONCORONI. Studiando la *sindrome cerebellare*, crede sia in rapporto ai seguenti fattori: l'aumentata pressione endocranica; la pressione degli organi vicini; l'interruzione di determinate vie riflesse, ad esempio della vestibolare; la deficienza dell'azione cerebellare specifica di rinforzo, la quale non si eserciti soltanto in modo generico su tutto il sistema neuro-muscolare, ma in modo speciale su determinati sistemi dell'asse cerebro-spinale e in particolare sul centro coordinatore statico deambulatorio.

A. RIVA. *Modificazione alla tecnica per la ricerca del glucosio nelle urine* (metodo della goccia). — Con una goccia sola di urina diabetica diluita in 10 cmc. di acqua e con tre goccie di liquido di Felhing, si ottiene una reazione sensibilissima.

Il metodo è bene applicabile anche alla ricerca del glucosio nel siero di sangue ed ha il vantaggio di eliminare tutte le sostanze che inibiscono la reazione.

TOMASINELLI e FRONDONI. *Di un rapporto tra la pressione arteriosa e il numero di piastrine.* — Gli AA. confermano il fatto constatato da Le Sourq e Pagniez che esiste nell'uomo un rapporto inverso fra pressione arteriosa e numero delle piastrine; dimostrarono poi sperimentalmente il fatto sugli animali e studiano l'influenza reciproca del numero delle piastrine e della pressione.

ZORZI. *Un centro inibitore respiratorio nei lobi anteriori del cane.* — Alcune osservazioni preliminari tenderebbero a localizzare nei lobi anteriori del cane (nella regione circostante il solco sopra-orbitario) un centro frenatore della funzione respiratoria.

A. PETRUCCI. *Alcune osservazioni radiologiche dell'apparato gastro-intestinale.* — L'oratore riferisce un'osservazione radioscopica e presenta delle radiografie facendo rilevare l'importanza della radiologia nella patologia dello stomaco e dell'intestino. Insiste nel dire che se nella maggioranza dei casi le indagini radioscopiche e radiografiche illuminano e confermano il diagnostico clinico, non raramente esse riservano delle sorprese. Esorta i colleghi a non trascurare mai questo importante mezzo d'indagine.

E. GARBARINI e C. GHEZZI. *La cura cruenta nelle fratture gravi degli arti.* — Gli AA. riportando 25 casi di fratture curate cruentemente, di cui, fra recenti ed antiche, 25 della tibia (la maggior parte oblique e comminute), 2 del femore, una dell'omero ed una della clavicola, accennano ai risultati della loro esperienza circa le indicazioni, il metodo operativo, il tempo più utile dell'intervento (quando è possibile al più presto), il materiale contentivo usato (nei *cerclages* preferibilmente la seta).

ALDO MARZIANI. *Sopra un caso di epididimite blenorragica suppurata con esito in tubercolosi galoppante.* — Si tratta di un giovane affetto da epididimite blenorragica sinistra alla quale fece seguito una infiammazione all'epididimo di destra che prima era normale. Dopo 8 giorni si ebbe la formazione di un ascesso localizzato alla coda dell'epididimo stesso. Dal pus l'A. potè coltivare il gonococco. Subito dopo si sviluppò in tutto l'epididimo una tubercolosi galoppante che fu constatata anche all'esame istologico eseguito su tutto l'organo esportato.

L'A. pensa che la causa di questa tubercolosi svoltasi così in modo acuto debba ricercarsi nella maggior virulenza acquistata dal gonococco sopra un organo in cui la tubercolosi pur non apprezzabile clinicamente al momento dell'esame, poteva esservi latente.

M. COPELLI. *Sulla azione comparata del salvarsan e neosalvarsan nella sifilide sperimentale.* — L'A. inietta per via endovenosa e a

dosi progressive il 606 e il 914 di Ehrlich in due serie di conigli sifilizzati. Inietta così a 10 conigli dosi progressive (per kg. c.) da centigrammi 0.6 a centigrammi 4 di 606 e ad altri 10 conigli dosi (per kg. c.) progressive da centigrammi 0.60 a centigrammi 6 di 914.

Stabilita in tal modo per entrambi i medicamenti la dose minima sterilizzante, viene alle seguenti conclusioni:

1° Il salvarsan dimostra nella sifilide sperimentale una intensità di azione quasi doppia del neosalvarsan.

2° Tenendo conto dell'equivalente arsenicale il salvarsan mostra ancora una azione più intensa del neosalvarsan: per tale loro intensità di azione i due composti stanno tra loro nel rapporto di 5 : 4.

Passando poi a considerare il tipo di azione dei due preparati, dalla osservazione dei fenomeni che si verificano nel sifiloma sperimentale e nei tessuti che servono ad esso di impianto, è tratto a concludere che i due preparati dimostrano un tipo di azione alquanto diverso, mostrando il salvarsan una azione elettivamente parassitotropa e mostrando il neosalvarsan una azione parassitotropa analoga a quella del 606 alla quale va unita anche una azione organotropa, stimolante sui tessuti. M. COPELLI.

Società Eustachiana di Camerino.

Seduta del 3 febbraio 1915.

Presidente Prof. A. FERRANINI.

Prof. R. LUZZATTO. *Le vitamine.* — Nell'ultimo decennio, si è pubblicata una numerosa serie di lavori, intesi a dimostrare che negli alimenti, specialmente in quelli di origine vegetale (ad es. nel riso), si contengono sostanze, non ancora precisate nella loro costituzione chimica ma che debbono certamente avere spiccata influenza sui fenomeni fondamentali della nutrizione, poichè gravi sintomi o quadri morbosi si sono venuti scoprendo essere in rapporto con la deficienza alimentare di quelle sostanze necessarie alla vita normale e dette perciò vitamine. L'O. espone una rassegna dei lavori più recenti sul riguardo, con la illustrazione dei quadri morbosi, i quali si vanno indicando come avitaminosi, per indicare che sono sorretti dalla scarsezza di vitamine nell'alimentazione.

Prof. A. FERRANNINI. — Ricorda la utilità del pane integrale, delle verdure preparate sotto forma di stufato e a cottura lenta, anzichè come verdure lessate, appunto perchè nella preparazione del pane non integrale e delle verdure lessate si perdono parecchie vitamine. Ricorda pure gli svantaggi del latte bollito, dal punto di vista della nutrizione, a proposito della malattia di Barlow o scorbuto e osteomalacia della infanzia.

Prof. C. FERRARESI. *Le pseudo-ghiandole della mucosa tubarica.* — Presenti in un terzo dei casi e constatate nel feto al 6° mese, mantengono nell'epitelio i fenomeni secretori identici a quelli dell'epitelio superficiale, distribuiti in centri alla cui periferia si trovano le cellule in riposo. L'identità di natura delle aderenze delle fimbrie e delle forme secretorie risulta nelle cisti peduncolate della tromba e del legamente largo.

Dott. U. FELICIANI. *Sulla efficacia terapeutica dei formiati.* — L'O. preannunzia alcune ricerche in corso con lo scopo di definire, nel campo sperimentale e nel campo clinico, la efficacia terapeutica dei formiati.

Dott. E. SINIBALDI. *Influenza della ebullizione sul potere coagulante della gelatina.* — Non era stato ancora definito obbiettivamente se la ebullizione, intesa a sterilizzare una soluzione di gelatina, menomasse la sua proprietà terapeutica di elevare il potere coagulante del sangue. L'O. ha rivolto una serie di ricerche sperimentali verso questo obbietto, sotto la direzione del prof. A. Ferrannini nella Clin. medica di Camerino, ed ha notato che la ebullizione di una soluzione di gelatina al 20 %, mantenuta per 20°, non menoma affatto quella proprietà terapeutica, di cui l'O. si è assicurato nei conigli, iniettando ipodermicamente cmc. 5 della detta soluzione di gelatina per chilogr. 1 a 2 di peso dell'animale e indicando il grado del potere coagulante del sangue con la tecnica della celletta, proposta da tempo dal prof. Castellino e modificata dal prof. A. Ferrannini, con lo scopo di determinare al microscopio il tempo intercedente tra la presa di sangue e lo arresto della colonna liquida ematica, sia in totalità, sia nelle singole parti. Per ogni serie di esperimenti, la indagine si è fatta comparativamente tra animali, iniettati ipodermicamente con la gelatina bollita e con la gelatina non bollita, sulla base delle medie notate come grado del potere coagulante negli animali, in cui non si era fatta alcuna iniezione.

Il fascicolo di maggio della nostra Sezione chirurgica conterrà i seguenti lavori:

1. Dott. M. MACCAGNO. *Contributo allo studio sperimentale dell'embolia grassosa.*
2. Dott. L. LONGO. *Le pseudo appendiciti.*
3. Dott. E. PIRONDINI. *La prova dell'azoturia come metodo di esame della funzione renale.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le oftalmoplegie esterne e la oftalmoplegia miastenica; un sintoma patognomonico della miastenia.

Dal volume giubilare in onore di L. Bianchi (Catania, Officina tipografica Giannotta, 1913-14) riportiamo il seguente studio del prof. A. Marina:

La oftalmoplegia esterna cronica, quella affezione cioè che colpisce almeno due muscoli estrinseci oculari, innervati da due differenti nervi, è sintoma che appare in parecchie affezioni. Essa rappresenta l'esito della forma acuta della encefalite superiore, della poliencefalite e poliencefalomielite, acuta e subacuta, complicante allo inizio o nel decorso la paralisi bulbare, la pseudo-paralisi bulbare; inizia o complica con o senza la paralisi dei muscoli intrinseci la tabe, la paralisi generale, la sifilide cerebrale, la sclerosi disseminata, la sclerosi laterale amiotrofica, la meningite, i tumori della base, la polineurite, la distrofia muscolare progressiva. Per tutte queste forme e per altre l'anatomia patologica dà il perchè del loro insorgere e l'anamnesi o i sintomi concomitanti facilitano la diagnosi della malattia con la quale l'oftalmoplegia è in nesso. Sta a sè e va rilevata per la sua importanza e rarità la oftalmoplegia esterna congenita.

Va accennato quindi alle forme tossiche nello stretto senso della parola, quelle cioè dovute ad alcool o a piombo e che sono guaribili. Un caso interessante di oftalmoplegia esterna in alcoolista fu osservato dal Marina. L'ammalato in tre anni guarì fino ad un residuo di lieve paresi nei movimenti all'insù; la guarigione ora è completa.

La oftalmoplegia esterna fu ancora osservata nel Basedow. Mannheim dà una percentuale del 10 %, mentre Kocher afferma di non averne veduta alcuna in 160 casi. Negli 88 casi di Basedow osservati dal Marina dal 1885, riscontrò la oftalmoplegia in due soli casi di sindrome basedowiana: dunque la percentuale sarebbe del 2 %.

In quanto alle osservazioni altrui riportate dal Marina non c'è che la osservazione di Sendley che è pura; una di Bristowe era complicata con sintomi cerebrali, è vero però che l'autopsia diede un reperto negativo; una di Jendràssik con paresi del velo, dei muscoli della masticazione e delle estremità inferiori, ricorda molto la miastenia, e ognuno sa come negli ultimi anni siasi osservata una stretta unione tra Basedow e miastenia. In un caso di Ballet c'era paresi del facciali, dell'ipoglosso, anestesie, perdita del così detto senso muscolare e tutto ciò dopo un infortunio, in uno di Rothmann infine l'inizio fu brusco con paresi del facciale inferiore di sinistra e dell'ipoglosso di destra. Da ciò si vede che ad una severa cernita i casi puri di Basedow con oftalmoplegia esterna si riducono di molto.

Eccettuate le oftalmoplegie esterne, per lo più non totali, con o senza oftalmoplegie interne, che si notano di frequente nelle varie affezioni organiche del sistema nervoso, le oftalmoplegie esterne sono rarissime, non c'è che la miastenia, che dà una forte percentuale di paralisi o paresi associate dei movimenti oculari.

La malattia aveva parecchi nomi, Marina la chiamò sindrome di Hoppe-Goldflam, poichè, sebbene il primo che ne parlò fosse stato Erb, pure il quadro fu per primo delineato da Hoppe, che rimase completamente dimenticato e poi da Goldflam; qui la chiama brevemente col nome di miastenia che è quello più in corso.

Nella miastenia l'espressione triste del volto è il fenomeno che al Marina pare patognomonico come quello di Gowers (*riso nasale del Gowers*).

Il riso nasale fu notato dal Gowers. Questo grande osservatore descrisse l'espresione del volto nel sorriso in questi malati. Egli dice: « il sorriso normale è dovuto alla contrazione dei muscoli zigomatici, i quali stirano l'angolo della bocca all'esterno e formano un solco profondo, che va dai pressi del naso agli angoli della bocca. Contemporaneamente il labbro superiore si alza per l'azione dei muscoli elevatori e per ciò il solco si fa più marcato. Se gli zigomatici non agiscono, manca il movimento dell'angolo boccale all'esterno e manca la parte esterna del solco naso-labbiale. Invece il labbro superiore si eleva più del normale per la preponderanza degli elevatori, così che intorno le pinne nasali si formano solchi; è così che il sorriso normale si scambia in sorriso nasale... che dovrebbe essere un fenomeno specifico di questa malattia ».

Marina ha parlato di sorriso sardonico che era espressione che parve a lui la più descrittiva, quando non era ancora venuto a conoscenza della osservazione di Gowers, in ogni modo nota che egli aveva di mira non il movimento e non la parte anatomica come l'ebbe Gowers, ma l'espressione mimica, specie nel riposo; nel movimento ebbe pure l'impressione mimica quando disse che l'ammalata « piangeva di traverso »

specie parlando. Gli pare che il riso nasale di Gowers si integra con l'espressione a riso sardonico che osservò nella sua malata.

Al Marina pare che il fenomeno del « volto triste » non solo non sia stato fino ad ora assunto a sintoma patognomonico, ma che neppure sia stato specialmente rilevato, probabilmente passò nelle storie cliniche nella paresi dei facciali, nella stanchezza generale.

Così non lo trovò accennato nell'ultimo lavoro monografico di Markeloff, neppure da Landouzy e Sézary nella seduta della Società di nevrologia di Parigi del 9 maggio anno corrente. In questo caso, presentato come miastemia di Erb e insufficienza soprarrenale, vi fu discussione se si trattasse di Addison solamente, se fosse stato conosciuto un sintoma patognomonico così facile a scoprirsi come la tristezza del volto, esso sarebbe stato almeno accennato e il trovarlo, avrebbe avuto valore, poichè nei casi, certo, essa sarebbe stato almeno accennato e il trovati, quel fenomeno non fissò mai la sua attento non numerosi, di Addison dal Marina osserzione, ed un caso di persona amica, fu seguìto da lui per anni.

La tristezza del volto, unita alla espressione di abbattimento della fisonomia, è, credo, dovuta alla ipotonia della muscolatura della faccia, unita alla espressione di stanchezza dello sguardo, che si rileva, sebbene meno marcata, anche nell'ammalata senza oftalmoplegia.

Non è un prevalere di alcuni muscoli del volto su altri, come nel riso nasale di Gowers, o nel riso sardonico, nella faccia di pianto, nel pianto di traverso, come il Marina cercò di definire l'espressione del volto delle sue malate nei varî stadi, è proprio una diminuzione del tono di tutta la muscolatura del volto.

Si potrebbe dire che ciò è naturale, essendovi paresi o paralisi dei due facciali, eppure non è così. Nella paralisi doppia del settimo il volto è bensì rigido ma non è melanconico, l'occhio è vivo. Il Marina ricorda un giovane, che incontra di quando in quando, il quale lo consultò alcuni anni or sono per una paralisi dei due facciali, sopravvenuta alla distanza di qualche mese l'una dall'altra; il volto è una maschera, e pure non è melanconico e l'occhio è vivo.

Al Marina sembra che il carattere mimico notato nelle sue miasteniche abbia una impronta particolare che va rilevata.

Con ciò non è detto che quella espressione debba trovarsi in tutti i malati; ci vuole, perchè si addimostri, che ci sia la ipotonia della muscolatura del volto, così, perchè apparisca il riso nasale, ci devono essere quelle condizioni particolari, notate da Gowers, ma pare al Marina che la espressione melanconica sia più frequente e costante del riso nasale.

E può essere utilissimo avere un sintoma di più che faciliti la diagnosi di miastemia, perchè non è sempre agevole scoprirla, specie nello inizio. La miastenia colpisce a preferenza donne giovani e sappiamo che in questi casi si è spesso tentato di far diagnosi di isterismo, specialmente se ci si trova di fronte a fenomeni veramente isterici.

In favore della miastenia parla inoltre la oftalmoplegia e l'oftalmoparesi, le quali più di frequente, che forse in qualunque altra affezione, vi si osservano. Di solito quella e questa non sono costanti o lo sono in parte, tal altra perdurano inalterate; così in un caso di Kennedy dura da quattro anni ed Oppenheim vide in un caso l'oftalmoplegia precorrere per anni gli altri sintomi.

Però varie modalità si notano anche per questo sintoma. Ciò può trarre in errore in un altro senso, cioè di fare diagnosi di affezione organica grossolana dei relativi centri o dei nervi, poichè sappiamo che anche nella sifilide, anche nella tabe incipiente, nella sclerosi disseminata le paralisi oculari possono essere fugaci e recidive.

E qui abbiamo un altro sintoma che ha importanza speciale, cioè la ptosi. Un grado rilevante o leggero di ptosi si osserva anche se del resto la muscolatura oculare sia intatta, o presenti solo lieve deficienza di qualche movimento associato. In tutti i casi del Marina c'era ptosi, e ciò crede sia da prendere in seria considerazione, sebbene più frequente di quanto si creda, esista la ptosi congenita, per lo più leggera, o la leggera ptosi in seguito a pregresso tracoma. Dalle sue osservazioni non vorrebbe dare grande valore diagnostico alla stanchezza o lentezza della reazione pupillare alla luce, sia per quanto riguarda la costrizione che per quanto riguarda la dilatazione; se c'è, è un sintoma certo benvenuto.

Rilevare questi punti tra quelli che furono studiati fu il suo scopo, l'approfondire gli altri fenomeni e le altre questioni esorbiterebbero da questo. Così non si trattiene sulla reazione miastenica, della quale tanto si occuparono da noi il Flora e il Salmon, nè sulla natura, così controversa, della malattia, che anche ultimamente affaticò il Massalongo, nè sul nesso tra Basedow e miastenia, nè sopra altre questioni largamente trattate.

Dirà ancora che tutte le sue malate sono italiane; tutte, eccetto una israelita, cattoliche.

Ed ora, per finire, alcune impressioni terapeutiche; più che di impressioni non si può

parlare. Trovò sempre giovevole una cura climatica di campagna, nessuna opoterapia fu seguìta da vero miglioramento, poco giovarono le iniezioni di stricnina, forse più la galvanizzazione discendente lungo la colonna per cinque, dieci minuti, con una forza moderata nessun effetto dal rimedio consigliato dal Markeloff, cioè dal *natrium citricum* e *natrium formicicum* pur. ana 1 gr., 3 gr. al giorno.

La patogenesi della miastenia.

Oppenheim per il primo intravide un rapporto reciproco tra la miastenia ed il morbo di Basedow: secondo lui le due malattie dipenderebbero da una medesima causa o per lo meno il morbo di Basedow favorirebbe l'insorgere della miastenia.

Numerosi fatti ulteriormente accertati avvalorerebbero questa veduta. Secondo una statistica di Capelle nel 70 % dei casi di morbo di Basedow fu riscontrata la persistenza del timo, persistenza che è quasi costante nella miastenia. Nel morbo di Basedow non raramente è presente la reazione miastenica. Magnus Levy trovò nel morbo di Basedow un aumento del consumo di ossigeno, fatto constatato da Kaufmann anche nella miastenia. Questo ultimo autore trovò nella miastenia un altro disturbo, che è pure costante nel morbo di Basedow, l'aumento della disintegrazione delle sostanze proteiche.

Stern (*Neurologisches Centralblatt*, 1914, numero 7) ha studiato un caso, nel quale sul quadro di una forma miastenica, s'innestarono in breve tempo sintomi del morbo di Basedow, della tetania e del morbo di Addison. Appare perciò verisimile l'idea che la miastenia sia in rapporto con un'affezione delle glandule endocrine. Molto probabilmente è il timo la glandula la cui disfunzione produrrebbe la miastenia. Noi sappiamo quale nesso di reciprocanza esista tra le funizoni delle varie glandule a secrezione interna, e quindi possiamo spiegarci come un'alterazione del timo possa turbare l'equilibrio di questo complesso funzionale. Possiamo darci perciò ragione del fatto che in un miastenico si abbiano dei sintomi che sono in rapporto con un disturbo funzionale della tiroide, delle paratiroidi e delle capsule surrenali.

DR.

TERAPIA.

La tonsillectomia nella cura della corea.

Le tonsille rappresentano, soprattuto nell'infanzia e nell'adolescenza, la porta d'ingresso nell'organismo per molte infezioni; sicchè è di primissima importanza l'esame tonsillare, non solo con la vista — abbassando la base della lingua e meglio ancora spostando contemporaneamente verso l'esterno l'arco palatino anteriore — ma anche con la palpazione, facendo un modico massaggio sulle tonsille, in modo da spremere dalle cripte e dai follicoli gli zaffi di pus, che sono rivelatori di una flogosi adenoidea altrimenti inavvertita.

Fra le infezioni, che per entrare nell'organismo battono la via tonsillare, è noto come il primo posto sia occupato dal reumatismo articolare acuto. Ma bisogna tener presente come le moderne ricerche sperimentali e cliniche hanno posto assai accanto ad esso, per l'etiologia, la corea: parrebbe, secondo il Rosenow, che mentre alcune stirpi di streptococchi attacano le sierose articolari, altre vanno a disturbare le funzioni del sistema nervoso centrale.

Mentre la terapia della corea si ravvicina molto a quella del reumatismo acuto, avendo a base l'acido salicilico e l'arsenico, non si è ancora data una sufficiente importanza all'azione che le tonsille esercitano sulla genesi dei disturbi coreici. Il Wilson, fra gli altri, propose la tonsillectomia nella corea, per togliere il focolaio permanente, ove covavano i germi che, continuamente passando nel sangue, andavano a minare le funzioni del sistema nervoso centrale.

Succesivamente l'argomento è stato approfondito, fino al punto che nel 1914 il Giffin affermava che la presenza di una corea nel suo stadio acuto non era sufficiente a far rimandare la tosillectomia.

L'Archibald (*St. Paul med. Journal*, nov. 1914) ha potuto praticare, durante tre anni, la tonsillectomia in 11 casi di corea, e 7 di questi sono stati dall'A. seguiti. Di essi 4 presentavano nell'anamnesi il reumatismo articolare acuto e 6 la tonsillite. Nel caso privo di precedenti tonsillari esisteva però il reumatismo articolare, e nei 3 casi privi di pregressa infezione reumatica esisteva viceversa la tonsillite.

In ognuno dei 7 casi riportati eran presenti i disturbi coreici al momento dell'operazione; questi si erano già precedentemente avuti per un periodo vario e spesso con recidive a distanza di tempo. La maggior parte dei malati lasciava molto a desiderare per le condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione.

La tonsillectomia portò nondimeno in tutti i casi un rapido miglioramento delle condizioni generali fisiche e psichiche e la scomparsa totale dei sintomi coreici.

Di fronte a risultati così incoraggianti, l'A. è proclive a ritenere che effettivamente l'ablazione tonsillare valga a togliere il covo dei germi che infettano l'organismo. In ogni caso questo metodo di cura va tenuto nella dovuta considerazione.

G. SABATINI.

Quando si debbono operare le vegetazioni adenoidi dei bambini.

Brindel e René Celles (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1914) affermano che l'adenotomia nei bambini di 4 o 5 anni deve sempre praticarsi senza ulteriore attesa, quando le vegetazioni provocano insufficienza respiratoria con tutte le sue conseguenze, disturbi auricolari costanti o anche intermittenti, fenomeni infettivi come infiammazioni delle vie respiratorie, enterite, ecc.

Nei bambini prima di detta età l'intervento appare meno opportuno tanto più che si sono visti dei soggetti operati in più tenera età continuare a dormire con la bocca aperta, ad avere ancora suppurazioni auricolari per modo che si è resa necessaria una seconda ed anche una terza operazione.

Le recidive vere quando si opera a 4-5 anni sono rare, se ne ha una su mille.

L'intervento a questa età offre solo delle maggiori difficoltà di tecnica perchè la via vaso-faringea è più stretta e meno accessibile. Tuttavia l'età non deve mai costituire una controindicazione.

Di regola quanto più il bambino è piccolo meglio sopporta l'operazione. Dei lattanti dopo l'intervento hanno perfino continuato a poppare senza soffrire disturbi di sorta. L'adenotomia nei lattanti è un'operazione molto benigna alla condizione però che il bambino sia in buone condizioni, senza febbre, senza mal di gola, senza infezione di qualunque specie; quando quindi se ne riconosce la necessità si può intervenire anche durante l'età dell'allattamento.

DR.

Contro l'odontalgia da polpite acuta.

Svuotata e lavata la cavità del dente guasto, si applicheranno evitando la compressione tamponcini di ovatta imbevuti in una delle seguenti soluzioni:

Cloroformio	ana gr. 10
Creosoto	
Laudano del Sydentam .	ana gr. 30
Tintura di benzoino. . .	

oppure

Cloralio idrato	ana gr. 5
Canfora polverizzata . .	
Cocaina idroclorata . . .	gr. 1
Alcool.	goccie 10

(*Journ. de méd. et chir. pratiques*).

G. SABATINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(482) *Epoca dell'inumazione desunta dai caratteri delle ossa.* — Sarei gratissimo volesse rispondermi con gentile sollecitudine nella rubrica « Posta degli Abbonati » al seguente quesito: È possibile determinare dai caratteri delle ossa a quanto rimonti una sepoltura, anche se questa dati da secoli?

Quali, nel caso, sono questi caratteri? La bianchezza e la leggerezza delle ossa, è vero che depongono per la loro antichità?

Ringraziando anticipatamente voglia rispondere alle iniziali dottor D. V. da S.

Il determinare dai caratteri delle ossa a quanto tempo rimonti una sepoltura, anche se questa dati da secoli, è cosa quanto mai ardua se non impossibile.

La diagnosi « dell'età della morte » è uno dei problemi più difficili e più complessi della medicina legale, poichè le diverse fasi della putrefazione ed anche della scheletrizzazione variano enormemente non solo secondo l'epoca della morte ma anche secondo innumerevoli fattori di ambiente (acqua, terreno, umidità, ventilazione, ecc.) e fattori individuali che non possono esser precisati. La diagnosi, specie per ciò che riguarda la scheletrizzazione, e cioè la determinazione di epoche lontane, si fonda solo sopra delle analogie con le osservazioni empiriche, ond'essa è molto incerta.

Nella lunga ed oscura via, si possono tener presenti questi principî (Maschka):

1) Le ossa cui aderiscono ancora molteplici residui di cartilagini e nelle quali si trovi ancora midollo nelle cavità midollari, non hanno potuto essere interrate da più di 5-10 anni.

2) Se le parti molli sono completamente distrutte, se esistono ancora residui di cartilagini, e le ossa stesse sieno impregnate di grasso, ma non ancora notevolmente alterate nella loro sostanza, non hanno dovuto essere interrate da più di 10-15 anni.

3) Se le ossa lunghe tubolari sono uniformemente essiccate nei loro tratti medi e terminali e prive di grasso, sono interrate da 25-30 anni.

3) Se le ossa sono friabili, scabre, porose, possono essere interrate probabilmente da 100 e più anni.

Come si vede i criteri per giudicare sull'epoca della morte dall'esame delle ossa offrono campo solo per deduzioni ed approssimazioni larghissime.

In questi ultimi anni il Tirelli ha cercato di trarre altri dati dall'esame istologico del tessuto osseo, e dall'esame chimico determinare il tempo necessario alla decalcificazione dell'osso; ma le esperienze del Tirelli, per quanto interessanti, arrivano solo all'esame delle ossa inumate da dieci anni, e che io sappia, non sono ancora uscite dal campo sperimentale. (Vedi V. Tirelli « Annali di Freniatria e scienze affini » anno 1911; « Archivio di Antropologia criminale, psichiatria, medicina legale », 1913).

Prof. ATTILIO ASCARELLI.

(483) *Alito fetido da difettosa manutenzione dei denti.* — Bramerei leggere nella Rubrica del *Policlinico* (Sezione pratica) « Posta degli abbonati » la risposta al seguente mio quesito:

L'alito, o gas della espirazione, normalmente non ha odore. Può però diventare fetido nei processi putrefattivi del naso, bocca, stomaco, intestino, ecc. E va bene. Ma poniamo delle persone che hanno bocca sana, ottima digestione, regolari le funzioni respiratorie, intestinali, nasali, ecc.: tutto sano, insomma, eppure alito fetido, come regolarsi per la terapia? Gli sciacqui che d'ordinario si praticano hanno valore temporaneo, e quindi palliativo. Siccome io penso che, in questi casi, unica spiegazione che può darsi è quella di una accelerata putrefazione delle sostanze alimentari rimaste tra i denti, potrebbe Ella illuminarmi al riguardo, e, se conviene con me nel fattore etiologico, indicarmi dei rimedi, possibilmente radicali? Perdoni il disturbo. Devotissimo

Roccadevandro (Caserta).

Dottor Giuseppe Fargnoli.

Fra i denti a corona integra e in posizione normale non dovrebbe accumularsi cibo in quantità tale, che putrefacendo possa esser causa di alito fetido.

Se dalla sua accurata osservazione risulta che i denti sono in posizione irregolare e che dopo i pasti rimane negli spazi interdentari una quantità di cibo maggiore del normale è bene consigliare una cura ortodontoiatrica (raddrizzamento dei denti) se la giovane età e i mezzi del paziente lo permettono; altrimenti bisogna consigliare di seguire le norme d'igiene dentaria comuni, cioè pulire i denti con lo spazzolino ed un dentifricio adatto dopo ciascun pasto.

Si deve anche esser sicuri che i denti siano privi di tartaro in tutte le loro facce e specialmente nella porzione che sta al disotto dei margini gengivali liberi. La presenza di tartaro al disotto delle gengive si può diagnosticare con sicurezza se, facendo pressione col dito sulle gengive nella regione radicolare di ciascun dente, dalla punta della radice verso il margine gengivale, si vedrà fluire dallo spazio gengivo-radicolare qualche gocciolina di pus.

Tutto ciò vale se si è sicuri che l'alito fetido emana dalla bocca mentre le narici sono chiuse e non dal naso quando la bocca è chiusa.

A. C.

(484) La prego volermi indicare nella rubrica « Posta degli Abbonati » qualche manuale che tratti delle *vagotonie* e *simpaticotonie*.

Abb. 7218.

Le suggeriamo:

Eppinger u. Hess. « Die Vagotonie », Berlin, August Hirschwald, 1910; — Lurà, « La vagotonia », Pavia, Mattei e C. editori, 1914; — Castellino e Pende, « Patologia del simpatico » Milano, Casa Editrice F. Vallardi, 1915; — De Giovanni, Patologia del simpatico, 2ª ediz., 1896-97, Milano, Fr. Vallardi Editore; — Wilson « Importanza clinica del simpatico », Brit. Med. Journ., 14 giu. 1913; — Fischer « Il sistema nervoso simpatico » ecc., Med. Record, 23 genn. 1915; — von Noorden, « Saggi farmacologici sul sistema nervoso vegetativo », Dissertaz., Kiel, 1911; — Timme, « Attività reciproche del cervello e dei visceri », The Journal A. M. A., 23 genn. 1915; — Hemmeter, « Ipertonicità ed ipotonicità », New York Med. Journ., 1914; — Pearse, « Nervi antagonisti », Zeitschr. f. Biol., 1914; — Lehmann, « Patologia del sistema nervoso vegetativo », Zeitschr. f. Klin. Med., 1914.

V.

(485) Pregola indicarmi, nella « Posta degli abbonati » del prossimo numero della Sez. prat. del *Policlinico,* un manualetto per un corso teorico-pratico di lezioni per i militi della Croce Bianca. Ringraziamenti. Dott. abb. N. 4284.

V. Fraschetti. Ediz. speciale del « Manuale dei portaferiti », Comitato centrale della Assoc. per la Croce Rossa. — E. Scafi. « Manuale per l'infermiera volontaria della Croce Rossa Italiana ». — V. Rocchi « Manuale degli infermieri degli ospedali di Roma ». — Calliano « Pronto soccorso ». Edit. Hoepli.

t. p.

I Quesiti pel *Doctor Justitia* e le Domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto le risposte potranno essere contraddistinte, su richiesta, con le sole iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

VARIA.

Un medico poeta. — È Italo Ferrari, il solingo vate di Langhirano in quel di Parma, la cui facile e schietta musa si ispirò in Bardi, il borgo piacentino dalla posizione gaia e ridente, che sovrasta il corso del fiume Ceno e davanti al quale torreggia un vasto castello.

Nell'opera di poesia di Italo Ferrari: *Monti e mari* (Tarona, Donati) si esplica possentemente il sentimento e la voce della dea natura: vi squilla sopra tutto la gran voce della patria che s'attarda talora dietro grazie fuggevoli e blande sensazioni d'amore e s'indugia tal'altra, pallido amaranto, sulla precoce tomba d'un caro angioletto di figlio.

È la mia musa amazzone pudica;
è la mia musa vergine guerriera.
Quando sorge una libera bandiera,
essa s'arma di spada e di lorica.

Gl'ideali appunto più puri, più vaghi e radiosi accendon l'estro che il bardo garibaldino riversa ne' facili ritmi adescatori e pronti; i più alti sensi umani e civili si ripercuotono in una facilità spontanea di verso e in una polimetria impetuosa e fervente che non è fermata a volte nei fiorenti margini della vaga forma, perchè il poeta si lascia più volentieri trasportare e addirittura trascinare dalla ondata calda della inspirazione più che dalla preoccupazione del *limae labor*.

Italo Ferrari della sua opera d'arte vorrebbe far piedestallo a una filantropica idea, iniziando una colonia estiva per i fanciulli gracili; s'interessa alla elevazione dell'agricoltura; e la sua prosa propagandatrice assurge ai più caldi accenti lirici.

La musa del Ferrari, nutrita di buona letteratura, s'inspira dal Carducci, e al vate della terza Italia è dedicato un sonetto che comincia:

Maestro, quando l'Italia camena
su questi clivi esulta, in faccia al sole,
sento ancor l'eco de le tue parole,
soave incanto d'immortal sirena.

Il Carducci trovava nella musa del vate di Bardi spirito nobile e alta e calda ispirazione lirica; Aurelio Saffi la giudicava ispirata a un alto amore della libertà e della patria.

Proprio così: grande scuola per l'arte di Italo Ferrari sono la sincerità e la bontà: grande motivazione lirica è la somma degli ideali più universalmente generosi e santi.

(Da un articolo di CAMILLO PARISET ne *I diritti della Scuola*).

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

Prof. BARNABÒ VALENTINO. *I poteri defensionali e l'officio protettivo degli organi viscerali e parenchimali contro i germi delle infezioni chirurgiche.* — Sacile, Soc. Tipo-Editr. Zilli, 1914, un vol.-8° di pag. XVI-922, L. 20.

Partendo dal moderno concetto di malattia infettiva, che si riassume nella lotta svolgentesi nell'organismo tra il parassita che lo invade, il quale per la conservazione di se stesso e della propria specie deve necessariamente nuocere, e l'ospite che per le medesime ragioni deve difendersi, l'Autore esamina la fase della lotta osservabile negli organi viscerali e parenchimali, dove si contrastano ai poteri di offesa parassitarî quelli di difesa e di protezione organici.

Pertanto, dopo avere ricordate brevemente nella introduzione le principali nozioni delle infezioni in genere, passa a riassumere le più moderne ricerche di fisiopatologia e di clinica, oltre a brevi accenni alle fondamentali conoscenze di anatomia e di istologia normale e patologica, relative agli organi linfoidi od adenoidi, agli organi glandolari a secrezione interna, a quelli a secrezione esterna, e agli organi svelenizzatori propriamente detti; in modo da addivenire, valendosi anche di ricerche istologiche, statistiche, cliniche e sperimentali personali, a conclusioni importanti in ogni singolo capitolo, e a far risaltare il collegamento intimo tra i varî organi di uno stesso sistema. Così egli ritiene che gli organi linfoadenoidi devano considerarsi riuniti in un complesso sistema per analogia di origine, di struttura e di funzioni, esplicante un'azione difensiva e protettiva sinergica verso i germi patogeni; al pari degli organi costituenti il sistema endocrino simpatico, le cui alterazioni spiegano le varie sindromi morbose conseguenti alla modificazione delle loro correlazioni, in seguito ad alterata indiretta azione neutralizzatrice delle toxine, di guisa che l'equilibrio ormonico, al pari di quello oncogeno di varî tessuti, può spiegare le predisposizioni organiche alle diverse infezioni. Altrettanto armonico comportamento avrebbero le glandole a secrezione esterna digestiva, esplicantesi, oltre che verso l'elemento figurato, in ispecial modo verso le toxine; e così pure il complesso sinergico degli organi svelenizzatori propriamente detti ne illustra l'azione neutralizzatrice ed emuntoria nelle infezioni, analoga a quella degli organi genitali maschili e femminili.

Dopo la particolareggiata esposizione dei dati relativi ai varî organi parenchimali e viscerali

nei trenta capitoli in cui si dividono le prime quattro parti della monografia del Barnabò, egli giunge nella quinta parte a considerazioni generali, nelle quali sintetizza il meccanismo difensivo e protettivo degli organi viscerali e parenchimali in una equilibrata, armonica difesa dei differenti sistemi e dei varî tessuti contro i germi parassitarî, esplicantesi principalmente in una lotta biologica di cellule, di tessuti e di organi contro l'elemento figurato, ed in una lotta chimica contro le toxine microbiche; equilibrio defensionale questo, la cui eventuale rottura porta all'attecchimento dei germi patogeni. Inoltre condizioni extra-individuali, variazioni fisiologiche individuali, alterazioni patologiche, fattori sociali od economici possono modificare tale meccanismo protettivo e difensivo, attenuandolo od esaltandolo. Il Clinico pertanto può ricavare dalla conoscenza di tali poteri defensionali criterî per la diagnosi, per la prognosi, e sopratutto per la terapia, basata sull'interventionismo oculato o sull'astensionismo prudente, e sulla valutazione del momento propizio per l'intervento, rilevabile dalla nozione delle forze difensive individuali.

Tali, molto in breve, le linee direttive fondamentali di questo libro, che colma una lacuna nella nostra letteratura, offrendo in serrata sintesi riassunte, discusse e vagliate le moderne conoscenze sul comportamento degli organi viscerali e parenchimali nelle infezioni. Esso poi è corredato da amplissima bibliografia e da accurato indice dei nomi, ed è presentato in chiara ed elegante forma tipografica: cosicchè vivamente si raccomanda agli studiosi di patologia chirurgica e a chiunque si occupa della patologia in genere delle malattie infettive.

A. S.

U. GEBELE. *Compendio di Diagnostica chirurgica.* (Tradotto ed annotato dal dott. O. Uffreduzzi). Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1915. Prezzo L. 8.

Questo volume, ricco di figure dimostrative, « è esclusivamente pratico, e non ha altro scopo che di mettere alla portata del principiante quei mezzi, che la scienza pone a sua disposizione per giungere alla diagnosi delle varie malattie chirurgiche.

L'intento dell'A. è raggiunto con l'abitudine del lettore all'osservazione sistematica delle lesioni, senza una ingombrante enumerazione di sintomi, che si può ritrovare in qualsiasi trattato di patologia.

Oltre alla semejotica fisica, trovano posto nel libro tutti gli ausili di laboratorio ormai indispensabili anche al principiante ed al pratico per una diagnosi anche modesta. *t. p.*

GIACINTO GIORDANO. *Le attuali condizioni della chirurgia intratoracica.* Tip. Valentin e Cesalup, Torino, 1913.

Nella monografia del Giordano dopo la parte generale dedicata ai mezzi strumentali e di anestesia, alla tecnica utile a combattere il pneumotorace, alla chirurgia generale della parete toracica, sono trattati in capitoli speciali la chirurgia polmonare (pleura, bronchi, vasi), del mediastino, del cuore, dei grossi vasi intratoracici, dell'esofago. Opera utile e moderna di accurata ed oculata sintesi.

t. p.

Prof. GALLINA. *Rendiconto clinico della Sezione chirurgica dell'Ospedale Mauriziano d'Aosta dal 1° gennaio 1911 al 16 giugno 1914.* Mortara, tip. Cortellazza, 1915.

Il prof. Gallina, esponendo in una dotta relazione — succinta, ma altrettanto efficace alla lettura — il lavoro da lui compiuto in poco più di un triennio nella Sezione chirurgica dell'Ospedale Mauriziano di Aosta, ha luminosamente dimostrato come un chirurgo, fornito di buoni studi e cresciuto alla scuola gloriosa di un grande maestro, possa colla propria tenace attività far progredire un modesto ospedale al punto da poter esser invidiato da molti ospedali di provincia.

I casi riferiti — 1463 — di cui molti interessantissimi, sono illustrati da brevi ed opportuni commenti che ci rivelano la coltura dell'autore e la sua tecnica abilità: di essi non possiamo intrattenere il lettore; ci piace soltanto — ed è dover nostro il farlo — rallegrarci col giovane e valente operatore che, allievo ed assistente del prof. Carle, ha saputo tener alta la fama della scuola del maestro con tanta intelligente attività.

R. P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

RUBINO COSIMO. La tonicità del diaframma e il pneumotorace artificiale nella cura della tubercolosi polmonare. — Siena, 1914.

ANZILOTTI GIULIO. Contributo clinico allo studio delle lussazioni anteriori della testa del radio. — Napoli, 1914.

CIAURI ROSOLINO. Il riflesso ombelico-vescicale. — Roma, 1914.

PISANI M. Influenza delle alterazioni nervose e gastro-intestinali sulla etiologia e profilassi delle malattie infettive. — Cosenza, 1914.

FORNI GHERARDO. Osservazioni sopra cento tumori. — Bologna, 1914.

MONCALVI LUDOVICO. Comportamento termico e profilassi del puerperio. — Milano, 1914.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per i medici della Marsica.

La sottoscrizione iniziata dalle Presidenze della Federazione degli Ordini dei medici e dell'Associazione Nazionale dei medici condotti a favore dei medici dei Comuni devastati dal terremoto campano-marsicano ha raggiunto fino al 10 aprile la somma di lire 14,188.40.

Per i medici del Belgio.

Il presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Porto Maurizio, dottor Altichieri, ha inviata con una nobile lettera al console del Belgio a San Remo la somma di lire 480 raccolta da quell'Ordine a favore dei medici del Belgio e delle loro famiglie vittime della guerra.

Gli ospedali di Roma per i feriti del terremoto della Marsica.

Riportiamo la seguente lettera che il regio commissario degli ospedali, comm. Lusignoli, ebbe a dirigere al personale ospedaliero romano:

Roma, 19 gennaio 1915.

« Per quanto il lavoro, cui deve soddisfare il nostro Istituto per la irreparabile jattura che ha testè colpito una nobile regione italiana, non sia che all'inizio, sento il bisogno di rivolgere una parola di plauso e di ammirazione a tutto il personale ospedaliero.

Giunga il mio riconoscente pensiero, prima che agli altri, a Lei, chiarissimo direttore, che ha profuso la sua benefica ed autorevole attività in singolarissima misura.

I nostri ospedali, mercè le cure e le direttive dei sanitari che vi sono preposti, hanno dato in questo doloroso momento un esempio nobile e solenne.

Voglia la S. V. rendersi interprete dei miei sentimenti di ammirazione verso tutti i medici, da Lei dipendenti. Dica loro che io mi sento fiero ed orgoglioso di essere a capo di un Istituto che conta sanitari così benemeriti e capaci.

Voglia anche far pervenire la espressione del mio vivo compiacimento al personale di amministrazione e di assistenza. Alle suore, agli impiegati, ai sorveglianti, agli infermieri, al personale di fatica di tutti gli ordini e di tutte le classi, che hanno così benemeritato nell'alta opera umanitaria compiuta, il mio pieno plauso, che è tanto più vivo in quanto risponde alla fiducia che io, fin dal primo momento, ho riposto in essi.

A Lei, chiaro direttore, con i rinnovati ringraziamenti, la espressione della mia particolare stima.

Il regio commissario: Lusignoli ».

Domande di medici ospedalieri.

L'Associazione dei medici ospedalieri ha redatto un memoriale col quale chiede: il riposo settimanale per turno a tutti i medici, l'iscrizione a spese dell'Amministrazione nella Cassa pensioni, l'indennità di guardia per le supplenze dei posti vacanti, il 50 % dell'intero stipendio assegnato al posto vacante, che gli stipendi minimi siano di lire 1500 per gli assistenti, 2000 per gli aiuti ove esistono, 2500 per i vice-primari, 3000 per i primari, con aumenti quinquennali del decimo.

* * *

Sezione napoletana dell'Associazione nazionale dei medici condotti. — Procedutosi l'8 aprile alla elezione delle cariche per il biennio 1915-16, con numeroso concorso alle urne specialmente da parte della provincia, risultarono ad unanimità eletti: prof. Patricelli Vincenzo (Napoli), presidente; prof. Taliercio Annibale (Chiaiano), vice-presidente; dott. Razzano Alfredo (Ischia), dott. Petilli Ferdinando (Napoli), prof. Bianculli Enrico (Napoli), consiglieri; dottor Smurra Aurelio (Napoli), segretario; dottor Caizzi Arturo (Napoli), vice-segretario; dottor Cua Leopoldo (Napoli), cassiere.

Il prof. Taliercio versò al presidente lire 400 raccolte a pro dei medici della Marsica, giusta intesa col presidente dell'Ordine dei medici.

Il nuovo Consiglio si è recato a far visita al direttore dell'Ufficio d'igiene del Comune di Napoli, al sindaco, all'assessore per l'Igiene, al medico provinciale ed al prefetto.

Si prega di inviare le adesioni per la iscrizione dei nuovi soci al segretario dott. Smurra, via Depretis, 31, Napoli.

Auguriamo alla Sezione, rinnovata di elementi giovani e fattivi, una vita feconda di vittorie per la classe, risvegliando la rinomata apatia delle provincie meridionali e la avversione per le associazioni di classe.

Siamo sicuri che l'on. Brunelli, presidente generale della importante Associazione, vorrà dare valido appoggio per la nuova vita della Sezione.

RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

Revoca dell'ufficiale sanitario - Tarda età - Stabilità.

La tarda età, quando non è considerata come limite legale al proseguimento delle funzioni, ma come causa di sopraggiunta inabilità a più oltre utilmente servire, costituisce motivo giustificato di revoca dalla carica di ufficiale sanitario. La stabilità non esprime un interesse ma un diritto esperibile con azione davanti al magistrato ordinario e per ciò non può formare oggetto di esame da parte della IV Sezione del Consiglio di Stato. (Decisione IV Sezione 6 novembre 1914).

La massima sancita dalla IV Sezione del Consiglio di Stato è importantissima sotto due diversi punti di vista.

In primo luogo, perchè stabilisce che la età avanzata può costituire giustificato motivo di licenziamento dell'ufficiale sanitario, ancorchè stabile, ed in secondo luogo, perchè determina nettamente la competenza a conoscere delle questioni relative alla stabilità.

Circa l'età conveniamo col pronunziato del Supremo collegio amministrativo: essa è giusto motivo di licenziamento, sempre, però, che sia esponente di difetto di attività, di energia e di resistenza al lavoro ma non negli altri casi.

Il criterio della età è spesso fallace e sarebbe molto pericoloso fondare unicamente su di esso aprioristiche presunzioni di inabilità per trarne argomento di revoca per l'ufficiale sanitario.

Qualora non si tenesse conto della giusta limitazione ammessa dal Consiglio di Stato si verrebbe a stabilire un limite legale di età, oltre il quale non sarebbe più consentito di esercitare la carica e ciò con grave evidente danno del servizio, degli interessi economici del Comune e di quelli del medico, ovvio essendo che individui anche di età avanzata possono, per la buona personale costituzione fisica, resistere tenacemente al lavoro e prestare utili servizi, portando nell'esercizio della carica il contributo della loro larga esperzienza e del loro provato sapere. Nei casi di revoca per età devesi, quindi, chiaramente provare con elementi di indiscutibile valore e, ove occorra, con diligente visita medica che il sanitario non sia più in grado di esercitare il suo ufficio perchè fisicamente impossibilitato.

In quanto alla competenza la IV Sezione con la decisione surricordata ha posto termine ad una controversia che da tempo si agitava nel campo del giure. Allorchè si impugna, con intempestivi licenziamenti o con disdette fuori termine, l'acquisito diritto alla stabilità, il funzionario che si sente leso non deve rivolgersi all'autorità amministrativa ma bensì alla giudiziaria, imperocchè la stabilità costituisce un diritto patrimoniale esperibile con vera e propria azione dinanzi al magistrato ordinario e non un semplice interesse esperibile, sia pure in forma contenziosa, dinanzi alle autorità giurisdizionali amministrative.

Tale azione giudiziaria potrebbe essere promossa oltre che in casi di licenziamento o di disdette in atto, anche per ottenere l'affermazione in astratto dello avvenuto acquisto del diritto alla conservazione del posto e dello stipendio attuale, pur mancando pronunziato qualsiasi della amministrazione municipale diretto a contrastarlo.

Si avrebbe così una declaratoria legale del diritto atto ad eliminare, a suo tempo, ogni qualsiasi eventuale divergenza o contestazione fra sanitario e Comune. Doctor JUSTITIA.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5201) *Infortunii sul lavoro - Pagamento certificati e prime immediate cure.* — Il Dott. E. S. da T. B. desidera conoscere a chi spetta in caso di infortunio sostenere la spesa per le prime immediate cure e per l'ultima visita.

Ogni capo od esercente impresa, industria o costruzione è obbligato a sostenere la spesa per le prime immediate cure di assistenza medica in caso di infortunio, giusta quanto dispone l'articolo 9, n. 5, capoverso ultimo, della legge 31 gennaio 1904, n. 51. L'ultima visita terapeutica è messa alla stregua delle altre che la precedettero, e, cioè, è gratuita se l'individuo è inscritto nello elenco dei poveri, è a carico della famiglia se egli è agiato. L'ultimo certificato, cioè quello constatante l'esito definitivo della lesione, va pagato con lire 2 a carico dell'Istituto assicuratore.

(5202) *Nomina dell'ufficiale sanitario.* — Al Dott. P. D. L. da D. rispondiamo che le ipotesi prospettate nelle risposte 5131 e 5024 sono totalmente differenti fra loro. Nel primo caso chiedevasi conoscere qual mezzo legale vi fosse per obbligare l'autorità competente a bandire il concorso per la nomina ad ufficiale sanitario, in un Comune ove il posto era da tempo vacante. Nel secondo caso alla nomina si era, invece, provveduto incaricando un medico condotto mentre in paese esistevano liberi esercenti. Se quello che avviene costà costituisce appunto la seconda delle ipotesi, riconfermiamo che il decreto prefettizio può essere impugnato con ricorso in

linea straordinaria al Re. Tale ricorso deve essere indirizzato a S. M. ed inviato al Ministero dell'interno previa legale notifica alle parti interessate nel termine di giorni 180 dalla notifica del provvedimento che si impugna. Su di esso sarà deciso con Decreto reale, dopo essere stato inteso il Consiglio di Stato a sezioni unite. Il ricorso in parola è proponibile solamente per quistioni di legittimità e, cioè, per intervenuta violazione di legge per incompetenza od eccesso di potere.

(5203) *Ufficiale sanitario - Nomina ad amministratore di Opere Pie.* — Il Dott. V. D. B. da G. desidera conoscere se l'ufficiale sanitario sia incompatibile ad esercitare l'ufficio di membro di Opere Pie esistenti nel Comune.

L'articolo 10 del regolamento amministrativo per la esecuzione della legge sulle Opere pie tassativamente dichiara eleggibile alla carica di componente della Commissione il medico condotto ed esclude i soli stipendiati addetti ad un ufficio amministrativo del Comune. Or poichè l'ufficiale sanitario non è addetto ad un ufficio amministrativo del Comune ma bensì ad un ufficio tecnico deve essere ritenuto del pari eleggibile. Si tratta di disposizioni che limitano la capacità e lo stato giuridico di cittadini e perciò non possono essere estese oltre i casi dalla legge espressamente indicati e previsti. Il capoverso del succitato articolo deve, pertanto, essere ritenuto come esemplificativo e non tassativo ed a fianco del medico condotto deve essere scritto in esso anche l'ufficiale sanitario. Vi è una giurisprudenza contraria, ma crediamo che sarà modificata tenendo presenti le suesposte considerazioni, che ci sembrano esaurienti dell'argomento.

(5205) *Cassa di previdenza - Contributi - Ricchezza mobile.* — Il Dott. E. C. da C. desidera conoscere se essendo medico a scavalco in un Comune finitimo a quello in cui è condottato debba pagare il contributo per la Cassa di Previdenza per intero nell'uno e nell'altro ed in quale proporzione debba pagare la tassa di R. M.

Il medico condotto che presta simultaneamente servizio in due o più Comuni, riuniti o no in consorzio, deve pagare un unico contributo di lire 132 ripartito in ragione degli stipendi corrisposti dai due enti. Se Ella paga lo intero in ognuno dei Comuni, deve ottenere il rimborso della differenza pagata in più. A tale uopo dovrà rivolgere analoga domanda all'ufficio sanitario della Provincia. La R. M. invece si paga per intero in ciascuno dei due Comuni in relazione ai rispettivi stipendii in ragione dell'8.625 % oltre l'aggio all'esattore.

(5206) *Croce Rossa - Nomina a sottotenente medico di complemento.* — Il Dott. X. Y. chiede conoscere se in caso di mobilitazione il Comune possa impedirgli di rientrare in servizio presso la Croce Rossa di cui fa parte come tenente e se essendo stato riformato in rassegna di rimando dal Regio esercito possa chiedere una nuova visita allo scopo di ottenere la nomina ad ufficiale medico di complemento nel Regio esercito.

Noi riteniamo che ai medici condotti facienti parte della Croce Rossa debba essere usato trattamento identico dei colleghi che sono chiamati sotto le armi. In caso di guerra essi pure debbono essere considerati in congedo per ogni effetto di legge. La temporanea sostituzione deve essere assunta dal Comune. Il decreto relativo alla nomina ad ufficiale medico di complemento si riferisce ai militari di 1ª, 2ª e 3ª categoria e non ai riformati. Allo stato Ella non potrebbe ottenere una nuova visita medica ed aspirare per conseguenza alla nomina.

(5208) *Medico supplente - Passaggio a titolare - Stabilità.* — Il Dott. F. B. da S. G. I. desidera conoscere se sia stabile nel posto di medico condotto supplente che occupa fin dal 1893 e se, desiderando l'amministrazione comunale sopprimere il posto di supplente e creare una seconda condotta, egli abbia il diritto di occupare senza altro il posto di titolare o debba esporsi al concorso.

Nel posto di supplente oramai è stabile perchè vi fu nominato nel 1893. Nè ha potuto eliminare il diritto acquisito la circostanza di aver esercitate le funzioni di titolare della condotta dal 1910 ad oggi. Per effetto della riforma di organico con cui si sopprime il posto di supplente, Ella perderebbe il diritto alla stabilità, giacchè interverrebbe un caso di forza maggiore per cui legalmente l'interesse privato deve cedere di fronte a quello prevalente del pubblico rappresentato dal bisogno di migliorare il servizio. Però in tal caso presentandosi al concorso e riuscendone vittorioso, potrebbe unire al posteriore il precedente servizio prestato ed invocare il beneficio della stabilità per le ragioni esposte nella precedente risposta.

Doctor JUSTITIA.

I Quesiti pel *Doctor Justitia* e le Domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto le risposte potranno essere contraddistinte, su richiesta, con le sole iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALESSANDRIA. — Condotta pel sobborgo di Valle San Bartolomeo; L. 1500 pei poveri e tre quinquenni del decimo; ettari 972; ab. 1950; famiglie pov. 51. Serv. entro 15 g. Scad. 20 mag.

ALBAREDO D'ADIGE (*Verona*). — Il concorso per la nomina del medico pel secondo riparto sanitario viene prorogato a tutto il 10 maggio.

AGGENTA (*Ferrara*). — Condotta per Filo, pei poveri. Vi è aggregata una porzione del territorio del Comune di Alfonsine; L. 2148.58 dal Comune di Argenta e L. 1200 dal Comune di Alfonsine; L. 485.71 per indenn. cav. Richiedere schiarimenti. Scadenza 15 maggio.

ATELETA (*Aquila*). — Condotta generalità 3500 ab., L. 2500 p. poveri, L. 950 p. gli abbienti, L. 200 quale u. s. L'Amministr. com. assume formalmente l'obbligo di attenersi alla graduatoria della Commissione. Scad. un mese dal 10 apr.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico consorziale di vigilanza igienica. Vedi fasc. 13. Scad. ore 12 del 15 giugno.

AZZANO DECIMO (*Udine*). — A tutto 10 maggio, primo riparto, soli poveri, L. 3000 lorde e L. 800 per indennità cavallo. Eventuale assegno di L. 300 per le funzioni di U. S.

AZZANO MELLA (*Brescia*). — A tutto 10 maggio condotta; 1329 abitanti, di cui 822 nel centro e 507 nelle frazioni e cascinali; gli assolutamente poveri calcolansi 1100; L. 3400 lorde e abitazione.

BORGOMARO (*Porto Maurizio*). — Condotta consorziale, ab. 1316, cura piena. L. 3000, più L. 100 per U. S. Quattro comuni. Scad. 10 magg.

BRACCIANO (*Roma*). — Terza condotta esterna; L. 3000 lorde. Rivolgersi alla Segreteria.

BRESCIA. *Amministrazione Ospedali civili.* — 4 medici assistenti; L. 1400 nette di R. M.; nomina semestrale, conferma triennale; alloggio o indennità di L. 150 annue, L. 5 e vitto nei giorni di guardia. In corso deliberazioni per miglioramento di stipendio, ecc. Scad. 10 maggio. Servizio entro 20 giorni. Rivolgersi via del Moretto 2.

CALASCIO (*Aquila*). — A tutto il 31 maggio, condotta generalità; L. 3200 lorde senza obbligo cav. Rivolgersi alla Segreteria comunale.

CANNOBIO (*Novara*). *Opera Pia Uccelli.* — A tutto maggio, servizio Ospedale e poveri di Cannobio e Traffiume; L. 2000 lorde. Pratica trienn.

CARPIANO (*Milano*). — Condotta libera; lire 3700, abitazione, tre sessenni. Scad. 10 maggio.

CASALE CORTE CERRO (*Novara*). — Condotta; ab. 2707; L. 3852.15, compresa l'indennità per u. s. Scad. 10 maggio.

CIGLIÈ e ROCCACIGLIÈ (*Cuneo*). — Condotto; L. 2500 con alloggio. Scad. 15 maggio.

CONEGLIANO. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario nell'Ospedale civile. Età massima 45 anni. Biennio di chirurgo operatore e quadriennio di assistentato in clinica od ospedale. L. 2500 lorde di R. M.; compartecipazione introiti. Nomina biennale. Scad. 10 maggio.

FEISOGLIO (*Cuneo*). — È prorogato al 5 maggio il termine per concorrere al posto di medico consorziale; L. 3000, cura poveri. Documenti alla Segreteria comunale.

FRASSO SABINO (*Perugia*). — Condotto; L. 2800 lorde con due sessenni; L. 100 e compenso di L. 200 per a. f. Assunzione fra dieci giorni dalla nomina. Scadenza 10 maggio.

JATRINOLI (*Reggio Cal.*). — Condotta, alle ore 14 del 10 maggio, età limite 45 anni; L. 2000 e aumenti del decimo per ogni sessennio di servizio effettivo; L. 200 per la fraz. di S. Martino.

MARLIANA (*Firenze*). — 2ª Condotta con residenza a Montagnana. Stipendio L. 2300 lorde più L. 500 indennità cavalcatura, tre aumenti quinquennali del decimo. Scadenza 15 maggio.

MONTALDO BOERO (*Cuneo*). — Medico condotto; L. 1700; alloggio. Richiedere schiarimenti. Scadenza 1° giugno.

MONTESPERTOLI (*Firenze*). — Fino al 10 maggio, prima condotta; vedi fasc. 17.

MONTICIANO (*Siena*). — Condotta capoluogo con frazione di Scalvaia; L. 3000 lorde, L. 700 indenn. cavalc. e L. 100 se uff. san.; due sess. Richiedere schiarimenti. Scad. 5 maggio.

NULE (*Sassari*). — Condotta; L. 3500. Scadenza 5 maggio.

ORCIANO DI PESARO. — Condotta piena del capoluogo; L. 4300 lorde di cui 2400 pei poveri, L. 800 per gli abbienti, L. 700 per indennità cav., L. 100 per U. S. e L. 300 per indennità operazioni alta chirurgia. Due sessenni. Assicurazione. Scadenza 5 maggio.

OTRICOLI (*Perugia*). — Concorso medico chirurgo prorogato a tutto il 15 giugno; lorde lire 4000. Rivolgersi al Sindaco.

PACIANO (*Perugia*). — Condotta piena. Stipendio L. 4500 lorde, tre sessenni. Scad. 10 maggio.

PADOVA. *Spedale Civile.* — A tutto il 15 maggio assistente effettivo nei reparti dei tubercolosi; L. 2000 lorde di R. M.; stanza; in via eccezionale guardie con medaglie di presenza di L. 10. Votazioni negli esami speciali e di laurea. Servizio entro 10 giorni.

* PIANDIMELETO (*Pesaro*). — Condotta consorziale 1° reparto; L. 5187.50; sessenni. Vedi fascicolo 15. Scadenza 10 maggio.

* PINO TORINESE (*Torino*). — Condotta; L. 2000 più L. 150 U. S. Scadenza 7 maggio.

ROVIANO (*Roma*). — Condotta; ab. 1204; lire 3500 lorde e tre sessenni; L. 100 quale u. s.; L. 200 per l'a. f. Scad. 30 giorni dal 10 aprile.

SAN RAFFAELE CIMENO (*Torino*). — Pel 1° luglio prossimo è vacante il posto di medico condotto e uff. san. L. 2000 lorde. Scad. 10 maggio.

TEGIANO (*Salerno*). — Una delle due condotte; L. 1700 pei poveri, L. 200 per gli abbienti, oltre L. 1400 d'indennità di residenza, e L. 100 come Uff. San. se il vincitore del concorso è fornito di tale titolo. Scadenza 20 maggio.

TODI (*Perugia*). — A tutto il 25 maggio 3ª e 4ª condotta; L. 2000 per poveri, con tre ses-

senni e L. 1800 per abbienti, lorde; L. 700 per cav. e L. 150 per supplenza; servizio nell'Ospedale civile da parte del titolare della 3ª condotta.

TRINO (*Novara*). — Condotta per Grangie di Lacedio; al 15 maggio; L. 3000 pei poveri, lorde; tre sessenni; L. 500 indennità per assistenza ai coloni e lavoratori avventizi; L. 800 per cavalc. Serv. entro 20 giorni. Età limite 35 anni.

TURBIGO (*Milano*). — Condotta generalità consorzio con Nosate, ab. 3500 circa; L. 3500 per pov., L. 700 p. abb., nette di R. M., L. 300 quale U. S. Scad. ore 15 del 30 maggio. Età limite 35 anni. Servizio entro 15 giorni.

VENEZIA. *Ospedale civile*. — Chirurgo assistente di 1ª classe; L. 1700 e alloggio nell'Istituto. Titoli ed esami. Servizio effettivo lodevole per almeno 4 anni presso spedali, cliniche universitarie, condotte, salvo per gli assistenti di II classe dell'Ospedale. Dichiarare se vi è grado di parentela fra i funzionari sanitari dell'ospedale. Il programma degli esami ed il regolamento sono ostensibili nell'ufficio del medico direttore. Richiedere schiarim. Scad. 5 maggio.

Ospedale Suzzara cerca subito assistente medico-chirurgo. Stipendio L. 1300 oltre proventi operazioni chirurgiche e ambulatori e alloggio personale.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — Con decreto ministeriale 12 aprile è stata indetta una sessione di esame per la concessione dell'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo, a termini del R. decreto 7 luglio 1910, n. 573.

Gli esami avranno luogo in Roma nel mese di agosto 1915 nei giorni, nelle località e nelle ore che saranno stabilite con successivo provvedimenti e che verranno individualmente comunicate a ciascuno degli ammessi agli esami.

Gli aspiranti dovranno far pervenire la domanda al Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica), sia direttamente sia per mezzo della Prefettura della Provincia di ordinaria residenza, entro il 15 luglio 1915.

La istanza, redatta in carta bollata da L. 1, dovrà essere corredata dai relativi documenti.

Il candidato dovrà indicare nella domanda su quale lingua estera intenda essere esaminato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nell'Amministrazione sanitaria.

Il medico provinciale aggiunto dott. A. Nicolais è nominato medico provinciale.

I seguenti medici provinciali sono così trasferiti: Thea cav. dott. Ernesto, da Piacenza a Porto Maurizio; Momigliano cav. dott. Enrico, da Porto Maurizio a Napoli; Oliari dott. Alceste, da Napoli a Parma; Garofani dott. Giulio, medico provinciale aggiunto, da Parma a Piacenza.

NOTIZIE DIVERSE.

Al Consiglio provinciale di sanità di Roma.

Presieduto dal prefetto di Roma, commendator Aphel, si è adunato il Consiglio provinciale di sanità, il quale ha trattato e discusso molti argomenti di amministrazione sanitaria e primo fra tutti ha approvato la relazione fatta dal medico provinciale prof. dott. comm. Giuseppe Badaloni sulle condizioni igienico-sanitarie della provincia nel 1914.

Fu appreso, con vero compiacimento, che il miglioramento raggiunto nel 1914, in confronto al 1913, sul numero dei casi di malattie denunziate, fu tanto notevole da potersi calcolare che la cifra della morbilità in quest'ultimo anno si è ridotta a poco meno che la metà; vale a dire che nel 1913 furono denunziati (esclusa la tubercolosi, la cui denunzia è obbligatoria soltanto in determinate circostanze) 20,157 casi di infezioni e nel 1914 soli 11,552.

Per un utile confronto riportiamo le cifre riferite al 1913 e al 1914:

	Anno 1913	Anno 1914
Casi di morbillo . . .	13,611	6,439
» » scarlattina . .	944	1,152
» » tifo addominale .	2,480	1,669
» » difterite . . .	626	572
» » febbre puerperale.	62	85
» » malaria	2,328	1,635

Notiamo che la morbilità da 15.4 che era nel 1913 per 1000 abitanti è scesa ad 8.8 per mille nel 1914, per tutte le malattie, esclusa la tubercolosi; rileviamo che il tifo è diminuito di un buon terzo ed ha abbandonato le località che furono risanate igienicamente, come Albano Laziale, dove, completati i lavori di fognatura, non si ebbe a lamentare più alcun caso di infezione tifica.

La difterite ha fatto poche vittime in grazia alla sieroterapia ed alla sieroprofilassi, entrate oramai nella pratica comune; ma la febbre puerperale, che dovrebbe già del tutto essere scomparsa, ha, nel 1914, fatto maggiori vittime che non nell'anno precedente.

Il medico provinciale spiega ciò dall'abbandono nel quale il servizio ostetrico è tenuto dai Comuni, che per ragioni di economia, affidano spesso la assistenza delle partorienti alle empiriche e alle esercenti abusive, ignoranti superstiziose e pericolosissime. Non vi è a sperare che in una legge, egli dice, la quale tuteli meglio che non accada oggi, la « condotta ostetrica ».

Prosegue attiva ed incessante nella provincia di Roma la lotta contro la malaria, fatta con particolare zelo dalla Croce Rossa nelle Paludi Pontine e dal Comune di Roma nell'Agro Romano. I successi della profilassi sono evidenti nelle cifre suesposte e la relativa mortalità, che nel 1913 fu di 63 decessi, nel 1914 si ridusse a soli 22.

Ma dove i progressi si arrestano, è nella tubercolosi: la cifra dei morti per tisi polmonare è rimasta presso a poco la stessa: 1151 decessi nel 1913 e 1141 nel 1914.

Giova sperare che fidando nell'opera di difesa, portata di recente dalle istituzioni antitu-

bercolari e particolarmente dai dispensari antitubercolari (che sarebbe desiderabile sorgessero almeno in tutti i Comuni maggiori) anche questa terribile malattia sarà per essere dominata.

Il prof. Badaloni passa quindi a riferire i dati della morbilità e della mortalità per malattie infettive nella capitale.

Nel 1914 furono denunciati 4035 casi, cioè il terzo circa della cifra totale delle denunzie ricevute dalla intera provincia, e di queste 934 si riferirono al tifo addominale, con 150 decessi.

Sulla popolazione di Roma, calcolata in 610,154 abitanti, si ebbe nel 1914 una morbilità per malattie infettive (esclusa la tubercolosi) nella proporzione del 6.6 per mille abitanti ed una mortalità del 2.2 per mille.

Questo miglioramento sensibilissimo, aggiunge il relatore, è la legittima conseguenza dell'attività spiegata dall'Ufficio sanitario sotto la vigile direzione dell'illustre capo della provincia e sotto il grande impulso dato dalla Direzione generale della sanità pubblica, tenuta dal comm. Lutrario.

Dopo di avere ricordato che nel 1914 furono approvati progetti di importanti opere di igiene, eseguiti con mutui di favore, per 38 Comuni, tra i quali Albano Laziale, Ariccia, Anzio, Bracciano, Castel Gandolfo, Fiuggi, Frascati, Marino, Orte, S. Oreste, Tuscania, Viterbo, accenna a quelli che sono allo studio, tra cui 27 per sistemazione o per costruzione di condotture di acqua potabile.

Terminata l'esposizione dei fatti riguardanti l'igiene e la sanità relativi all'anno 1914, il Consiglio ha discusso di vari altri affari.

Per il pane tipo unico.

Il presidente del Consiglio e ministro dello interno, on. Salandra, ha inviato ai prefetti del regno la seguente circolare:

« Mi risulta che mentre nella maggior parte dei comuni del regno i decreti sulla panificazione del 7 e 18 marzo scorso sono osservati, in non pochi altri invece per la eccessiva tolleranza delle autorità politiche o comunali si permette tuttora, e non per i soli ammalati, la vendita di un pane bianco speciale.

Questa pratica abusiva deve sotto la responsabilità della S. V. assolutamente cessare, perchè lo smercio della farina abburattata ad un titolo superiore al venti per cento poteva essere permesso eccezionalmente fino ad esaurimento delle scorte esistenti, ma non servire di pretesto a tenere in vendita continuativamente un tipo di pane di lusso.

Tuttavia, ove per caso ancora qualche scorta esista, non ho difficoltà che V. S. ne consenta l'utilizzazione, prefiggendo un termine di tempo, che dovrà essere contenuto entro i più stretti limiti e del quale attendo pronta segnalazione.

Assicuri ed intanto voglia trasmettere ministero riassuntivo rapporto circa osservanza effettuatasi finora disposizioni sulla panificazione ».

L'Associazione fra i medici-chirurgi di Roma.

L'Associazione fra i medici chirurgi liberi esercenti nella provincia di Roma ha fatto piena adesione all'opera del Comitato romano di organizzazione civile in caso di mobilitazione e comunica di aver deliberato in proposito di organizzare un servizio medico con sanitarî che si impegnino, a richiesta, di assumere la clientela dei colleghi assenti per la mobilitazione e di versare i relativi onorari, integralmente, alle famiglie dei colleghi sostituiti, detratta quella minima parte di spese la cui entità sarà controllata e stabilita dallo stesso Consiglio direttivo dell'Associazione.

Corso di preparazione agli studenti di medicina.

Per iniziativa della Commissione per l'assistenza saniaria del Comitato per l'organizzazione civile in caso di mobilitazione, su proposta del senatore prof. Marchiafava, è stato iniziato un corso rapido di infermeria agli studenti dei primi quattro anni di medicina.

Le lezioni hanno luogo nell'Anfiteatro dell'ospedale di San Giacomo nei giorni di lunedì, mercoledì, venerdì e domenica e vengono impartite dal professor Muzi per la chirurgia e dal prof. Cherubini per la medicina.

Corso di medicina castrense.

Crediamo opportuno di notificare che sono state raccolte e vanno pubblicandosi le importanti lezioni tenute da professori degli Atenei di Bologna e Firenze durante un Corso di Medicina e Chirurgia di Guerra.

Il corso contiene quanto di più moderno e utile viene praticato attualmente non solo nelle Cliniche d'Italia, ma nelle diverse nazioni belligeranti.

Il corso costerà circa L. 6, e le prenotazioni vanno indirizzate al Comitato a favore della Cassa di soccorso per gli studenti bisognosi, Bologna, via Zamboni 64.

La pubblicazione è fatta a beneficio di questo Ente, della Croce Rossa e dell'Istituto per gli Orfani dei Medici condotti.

La Federazione antialcoolica italiana e la guerra.

La Federazione antialcoolica italiana ha rivolto al Governo, alla Croce Rossa, ai Comitati di preparazione, un appello per limitare, impedire o disciplinare l'uso delle bevande alcooliche, proponendo questi provvedimenti:

1. In caso di mobilitazione, divieto della vendita nelle stazioni ferroviarie e della distribuzione di bevande alcooliche ai soldati partenti; 2. limitazione delle ore di apertura degli spacci di bevande alcooliche, specialmente al mattino e alla sera; 3. prescrizione ai comandanti ed ai medici militari, di non somministrare bevande alcooliche distillate ai soldati combattenti e di somministrare il vino solo nella misura regolamentare, e di vigilare perchè, fuori degli accampamenti, i militari non possano abbandonarsi ad eccessi alcoolici; 4. raccomandazione a tutti i Comitati di preparazione, di assistenza, di cura, in caso di guerra e a tutti i cittadini, di astenersi dal distribuire o donare ai combattenti bevande alcooliche, ma di dar loro invece pacchi di caffè, di zucchero, di cioccolato, di energetici, insomma, non intossicanti.

Per il nuovo ospedale a Milano.

Sotto la presidenza del Sindaco si è adunata a Milano una Commissione che studia la scelta della sede di un nuovo Ospedale, nei rapporti coi Comuni limitrofi.

Dopo una esauriente discussione, si è pronunciata contraria alla scelta di una sede fuori del Comune di Milano, dando incarico all'ing. Masera, capo dell'Ufficio tecnico comunale, di procedere agli opportuni accertamenti per la scelta di un'area compresa nel perimetro del territorio comunale.

Beneficenza.

Il comm. Enrico Malanotti, morto a Padova, ha lasciato erede di quasi tutta la sua sostanza quell'ospedale civile; tra immobili e titoli di credito l'ammontare del lascito supera mezzo milione.

Il senatore marchese Luigi Medici del Vascello, recentemente defunto, ha lasciato lire centomila alla città di Torino, da destinarsi alla beneficenza.

Opere igieniche comunali.

Il Consiglio comunale di Erba ha deliberato il mutuo da chiedersi alla Cassa Depositi e Prestiti di L. 173,200 per la costruzione dell'acquedotto comunale.

A Firenze saranno fra breve eseguiti lavori riguardanti la conduttura dell'acqua potabile per un importo di L. 567,000.

In materia d'impianti sanitari, saranno poi iniziati lavori per un importo di circa L. 30,000.

Le tristi condizioni sanitarie dell'Ungheria.

Il corrispondente da Budapest del « Trentino » di Trento descrive a tinte molto fosche le condizioni sanitarie dell'Ungheria.

Tutta l'Ungheria superiore è trasformata in un vasto lazzaretto con baraccamenti e posti di osservazione, i quali devono servire a curare i soldati affetti da malattie epidemiche, e, più ancora, ad impedire che le epidemie dilaghino lontano dal teatro della guerra.

Di questi baraccamenti ne esistono 14, contenenti complessivamente 70.000 letti; la loro erezione è costata circa 20 milioni di lire.

I maggiori tra questi baraccamenti si trovano a Nyregyhaza, Miskoles e Zsolna, con 5000 letti per ciascuno; quello di Kassa ne ha 4000, gli altri sono da 2000 a 3000 letti.

Altri letti furono collocati in edifici scolastici, vecchi ospedali, ecc.

Ora si sta progettando l'erezione di consimili baraccamenti al confine meridionale, dove finora l'osservazione era stata affidata agli ospedali militari.

Ognuno di questi accampamenti forma una città per sè, con canalizzazione moderna, illuminazione elettrica, provvedimento di acqua.

I treni che portano i soldati arrivano proprio fino all'accampamento e vengono scaricati direttamente nelle baracche. Tutti i soldati, feriti od ammalati, che provengono dalla fronte, devono stare almeno cinque giorni in osservazione prima di essere mandati nell'interno. In casi urgenti si praticano qui anche operazioni.

Le baracche furono impiantate sopratutto per ospitare colerosi e impedire la diffusione del colera. Assolto questo primo compito, furono adibite a posto di osservazione e combattimento del tifo petecchiale, e, a poco a poco, le stazioni di osservazioni si trasformarono in stazioni di disinfezione, dove i soldati vengono lavati, ripuliti e rivestiti.

Alla direzione di ciascun accampamento è preposto un commissario ministeriale, che quasi sempre è il palatino superiore del rispettivo comitato; inoltre vi è un comando militare.

Un'ambulanza danese in Francia.

Il « Paris Médical » del 17 aprile dà notizia che un'ambulanza ausiliaria danese, composta di tre chirurghi e dieci infermieri, verrà istallata in una delle grandi città francesi. È diretta dal prof. Ehlers e dal chirurgo in capo dell'Ospedale Comunale di Copenaghen, Tuherning. Comprende 24 letti. Il personale riceverà ora un complemento d'infermieri dalla Danimarca.

Un ospedale giapponese a Parigi.

Il 3 aprile è stato inaugurato, sotto la presidenza del generale Gallieni, governatore militare di Parigi, l'Ospedale che la Croce Rossa Giapponese ha installato nella capitale della Repubblica Francese. L'ospedale comprende un laboratorio ed è fornito di tutto quanto può bisognare al suo funzionamento; vi è addetta una missione sanitaria di 33 membri: 11 uomini e 22 donne.

Le infermiere non curano direttamente i malati, poichè ne ignorano la lingua; si limitano ad apprestare le medicature. Il servizio è completato dalle dame infermiere della Croce Rossa francese.

Cani sanitari.

Secondo il « Paris Médical », dall'apertura delle ostilità in poi i servizi sanitari militari si sono giovati per la ricerca dei feriti di oltre 200 cani da pastore.

La « Societé nationale du chien sanitaire » ha fatto un nuovo appello per aumentare il numero di questi ausiliari preziosi. I cani debbono essere suscettibili di educazione, cioè avere da 10 a 20 mesi. Dopo aver ricevuto la loro educazione militare, questi bravi animali sono affidati dal Ministero della guerra alle formazioni sanitarie di prima linea.

Contro l'alcoolismo in Francia.

Riferisce il « Paris Medical » che, discutendosi al Senato l'abolizione dell'assenzio, il ministro delle finanze ha assicurato che eguali provvedimenti saranno presi per i vermouths, gli amari, ecc.

Nello stesso periodico G. Linossier fa notare che gli spacci di alcool sono tuttora in piena attività, mentre invece il fisco francese segue attentamente lo smercio di alcool da parte delle farmacie.

Arresto di un medico trentino accusato d'italofilia.

Il « Giornale d'Italia » reca da Vicenza la notizia che il dott. Ercole Perneker da Folgaria (Trentino), molto conosciuto nella nostra Valdastico, è stato arrestato dai gendarmi austriaci e internato nel castello di Trento.

Si ignorano le cause dell'arresto, tanto più che il dott. Perneker aveva prestato servizio come medico militare in Gorizia e ne era tornato perchè affetto da tifo di cui poi guarì. Egli è noto per i suoi sentimenti di italianità.

Rassegna della stampa medica.

Wiener Klin. Woch., 14 genn. KRAUS: La batteriologia delle infezioni acute. — PRIBAM: Profilassi e terapia del congelamento. — v. HABERER: Sulla terapia del morbo di Basedow.
The Amer. Journ. of the Med. Sciences, genn. BARKER: Le anomalie endocrine delle «gonadi» nel maschio. — STENGEL e AUSTIK: Nefrite sifilitica. — DAVIS: Analgesia e anestesia nel travaglio. — HART: Blocco cardiaco funzionale.
Bull. de l'Ac. de Méd., 12 genn. Medicina di guerra.
Giorn. Intern. d. Sc. Med., 15 genn. MONTEFUSCO: Recidive di difterite e sieroterapia. — TANTURRI: Otite media acuta purulenta a vegetazioni adenoidi.
La Rif. Med., 16 genn. STANZIALE: Sulla profilassi della sifilide e delle malattie veneree. — MARSIGLIA: Cisti da echinococco della fossa sopraclavicolare. — FICHERA: Sulla cardioptosi (morbo di Rummo). — BIFFIS: Sull'ittero emolitico.
Pensiero Med., 17 genn. NEGRO: Sulla dilatazione della pupilla. — STROZZI: Ernia poco frequente inguino-parietale.
Mediz. Klinik, 17 genn. JAGLÉ: Patogenesi e sintomatologia della clorosi. — Articoli varî di chirurgia di guerra.
The Medic. Review, genn. MUELLER: Le malattie veneree del sistema locomotore.
Gazz. d. Osp., 17 genn. SABBATANI: Avvelenamenti da sublimato corrosivo in Italia. — MARIANI: Uso di un mastice adesivo liquido in chirurgia.
Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., n. 2. PANNNENBORG: Il pericolo dei portatori di bacilli a bordo.
The Boston M. a. S. Journ., 14 genn. STORER: Trapianto ovarico. — CLARK: L'epilessia di Dostojewsky.
Riv. San. Sic., 15 genn. STANCANELLI: Dermatosi da acaro delle fave secche.
Riv. crit. di Clin. Med., 16 genn. SALVETTI: Sinfisi del pericardio nell'età infantile.
La Clin. Ostetr., 15 genn. LA TORRE: Pro e contro il raschiamento endouterino.
Riv. Ospedal., 15 genn. BONANOME: Sulla uretro-pielografia. — SFORZA: I progressi della medicina nel 1914.
Journ. d. Prat., 16 genn. WEISS: Lo studio clinico della tensione arteriosa. — SCHOULL: Trattamento medicamentoso della tubercolosi polmonare.
Paris Méd., 16 genn. CARNOT, WEILL-HALLE e DELLAC: La bilicoltura nella febbre tifoide. — DOPTER: Le malattie infettive delle armate in tempo di guerra.
Riv. Clin. de Madrid, 15 genn. DE SANTA MARIA Y MARRÓN: La cefalalgia muscolare.
Pathologica, 15 genn. SANGIORGI: Reperto di corpi «anaplasmasimili» nel sangue dell'uomo e degli animali. — LAVERAN e FRANCHINI: Infezione di mammiferi per mezzo di flagellati.
Il Cesalpino, 15 genn. COCCI: L'impiego intraperitoneale dell'etere in chirurgia addominale.
La Liguria Med., 15 genn. CARDINALE: La röntgenterapia nei fibromiomi uterini.
Berl. Klin. Woch., 18 genn. ZINN e MUEHSAM: Toracoplastica extra-pleurica nella tubercolosi polmonare e nelle bronchiectasie. — POSNER: Patologia e terapia della pielite. — Medicina di guerra.
Lo Sperimentale, VI (20 genn.). PAPARCONE: Tentativi di coltura dei cosidetti «corpi del tracoma». — MENGHETTI: Intorno alla trombosi extravascolare. — FULLE: Differenziazione degli streptococchi patogeni dagli streptococchi saprofitici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XXII. Roma, 9 maggio 1915 Fasc. 19

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CAVARZERE (Reparto medico)

Sul trattamento dell'anemia perniciosa progressiva (Biermer)

per il dott. CESARE BARTOLOTTI,
medico primario.

È una osservazione che mi decido a pubblicare con riserva; non già sulla natura della particolare forma morbosa, che mi pare sufficientemente documentata, ma sui risultati terapeutici. Per quanto sia sorto da tempo qualche dubbio sulla assoluta inguaribilità di questa affezione (Grawitz), è certo prudente astenersi da un giudizio definitivo prima di aver sufficientemente seguito la sorte di tali malati. Ma se anche la esperienza in materia è delle più sconfortanti, a me sembra che, appunto per la gravità di questa malattia, ogni tentativo sia giustificato ed ogni risultato positivo — pure se di carattere provvisorio — meriti di esser reso noto. Del resto io mi limito alla esposizione di fatti sicuri e degli apprezzamenti che sembrano derivarne.

V... P..., di anni 38, da Beverare. Nulla di notevole nel gentilizio. È stata sempre bene fino all'epoca del matrimonio, salvo qualche lieve disturbo durante i mestrui iniziatisi a 14 anni e decorsi, del resto, in modo abbastanza regolare. Si è sposata a 21 anni con un uomo robustissimo nel quale sembra sia da escludere qualsiasi malattia celtica. Di sei figli, tre sono viventi e sani; uno è morto appena nato (a termine), uno a 3 mesi per gastroenterite, uno a due mesi per causa sconosciuta (dopo una copiosa ematemesi). Non ha mai abortito. Durante le gestazioni la donna è stata sempre sofferente, oltre che per edemi agli arti ed al viso, sopra tutto per turbe dell'apparecchio digerente e per una grande debolezza generale, aggravatasi sempre durante gli allattamenti protratti per 20-24 mesi, contrastante con la discreta nutrizione dei tessuti e con l'appetito normale od esagerato. Poichè dunque, pur non essendo intervenute malattie degne di nota, dall'epoca del matrimonio in poi non si è sentita più bene, le è difficile precisare l'inizio della attuale infermità; è certo però che fin dal 5° mese (dicembre 1913) dell'ultima gestazione aumentò la grande debolezza e comparvero diarree frequenti alternate a stipsi ostinata, palpitazioni, obnubilazioni, ronzio, senso di fatica a parlare ed a respirare profondamente e specialmente un pallore considerevole e *dolori ossei* lungo gli arti, continui, non violenti, tali però da determinare insonnia. Ha avuto anche febbre quotidiana non preceduta da brividi, non elevata, intermittente ed a tipo irregolare. Assenza di sudori. Pesantezza al capo, senza dolori; bisogno di star a letto quasi tutto il giorno, contrariamente alle sue abitudini. Malgrado ciò, lo appetito si è conservato ottimo e non le è parso di notare un dimagramento notevole pur sembrando a lei stessa — come ella dice — di esser impoverita di sangue.

In 9° mese di gestazione fu inviata in Maternità; il parto fu normale e rapido; seguì emor-

ragia abbondante, durata 2-3 ore prima che fosse fatto il tamponamento. Questa perdita avrebbe notevolmente peggiorato — secondo la paziente — le condizioni già gravi; e da quando fu dimessa per suo desiderio (12 giorni dopo il parto) non ha più potuto lasciare il letto. Gli edemi, scomparsi al viso, persistevano agli arti inferiori, ma diminuiti.

Prima dell'internamento (12 agosto 1914) sembra abbia avuto trattamento ferruginoso — arsenicale per os., per un periodo di tempo assai lungo. Ma il risultato fu del tutto negativo; le condizioni generali si fecero sempre più gravi.

Esame obbiettivo. — Soggetto di statura e struttura scheletrica regolare, con masse muscolari discretamente abbondanti, flaccide; cute pallidissima, tendente al giallastro, con chiazze brune irregolarmente diffuse, in varie sedi; mucose esangui. Fondo dell'occhio pallido, percorso da vasi di colorito poco più scuro del fondo, con piccole emorragie disseminate, irregolari, alcune delle quali contengono piccole macchie bianche.

Segni fisici di una sclerosi dell'apice S (reazione alla tubercolina 1/5 mmgr.: negativa); esiti di pleurite a sinistra? Toni netti, deboli; i mitralici più forti degli aortici; sdoppiamento incostante in 2° tempo sulla polmonare; assenza di soffi cardiaci e vasali. Polso piccolo, molle, ritmico, a media frequenza; PARD mm. 115. Epatomegalia lieve; il margine inferiore deborda circa 2 cm. sulla emiclaveare, rientra sulla ascellare anteriore, non presenta caratteri particolari. Modica splenomegalia. Addome globoso, trattabile; nessun rilievo importante con la palpazione che non dà dolore; laparocele mediano tra ombelico e pube.

Edemi agli arti inferiori dai malleoli alle tuberosità delle tibie; maggiori a S che a D, appena accennati al 3° inferiore, un po' più al medio, ancora di più al superiore; ma anche qui lievi, dimostrabili solo con una forte pressione delle dita, la quale non modifica i caratteri dei dolori spontanei che si riconoscono facilmente a sede ossea, dove per altro non si riscontrano lesioni. Assenza di edemi agli arti superiori ed al viso.

Oliguria, albuminuria (1/4 per mille), ipoazoturia; urobilinuria e indacanuria lievi.

Esame del sangue:

numerico: Hb: 35 %; E: 823,750; L: 1500; Vg: 1.91;

formula leucocitaria: polinucleari neutrofili 40 %; polinucleari basofili 7.5 %; polinucleari eosinofili 4 %; mononucleari 2.5 %; linfociti 38 %; forme di passaggio e non bene identificate 8-9 %;

morfologico: anisocitosi con prevalente macrocitosi, normocitosi quasi nulla; poichilo-schistocitosi; ipercitocromia; normo-megaloblasti scarsi; policromatofilia di quasi tutte le forme; emazie punteggiate e piastrine scarsissime. Leucoblasti; mielo-promielociti; polinucleari atipici (nucleo polimorfo, a volte protoplasma basofilo).

Esame delle feci: Assolutamente negativo quanto a presenza di uova di parassiti. Riguardo ai germi, poche ricerche si sono potute fare per mancanza di mezzi adatti; e sono state infruttuose. Per la stessa ragione non si sono potute tentare culture dal sangue e dalle feci. Prima di ricorrere ad uno dei molti metodi di cura già messi in azione con successo più o meno buono, ho voluto tentare una *sieroorganoterapia* del caso in esame. Il trattamento è durato circa tre mesi. Ho praticato quattro iniezioni di *siero antidifterico* (ognuna di 1000 U. I.) in quattro periodi diversi: all'inizio; in 40ª giornata; in 56ª ed in 77ª giornata. Dopo otto giorni dalla prima iniezione, ho cominciato la somministrazione dei *prodotti opoterapici*:

a) milza; *b*) sangue; *c*) midollo osseo; *d*) emoglobina, in polvere od in cachets. Nella prima settimana furono dati soltanto l'*a*) e il *b*); dopo quindici giorni fu aggiunto *c*) e dopo un mese *d*). Le dosi iniziali furono di gr. 0.50 per prodotto e *pro die*; aumentarono in seguito fino a gr. 2.75 *pro die* di ciascuno, per ridiscendere gradatamente fino alla dose di partenza verso la fine del trattamento. Le dosi totali somministrate furono di: *a*) milza 137.75; *b*) sangue gr. 137.75; *c*) midollo osseo gr. 140.75; *d*) emoglobina gr. 30.

Non ho notato alcun inconveniente spiacevole dall'uso del siero; anche la somministrazione degli opoterapici è stata tollerata benissimo dalla inferma, pure quando furono fatte ingerire dosi considerevoli.

Riassumo per brevità le variazioni rilevate nello stato del sangue, in ripetuti esami, durante la cura; delle formule leucocitarie, dei reperti morfologici riporto solo quelli che mi sembra abbiano qualche interesse:

1ª *Iniezione siero antidifterico 1000 U. I.* (1ª giornata).

4° giorno di cura: Hb. 30 %; E. 1,618,000; L. 2100; Vg. 0.83. Macro-microcitosi, poichilo-schisto-anisocitosi, normo-megaloblasti abbondanti, con prevalenza di questi, policromatofilia, piastrine scarse.

8° giorno di cura: Hb. 38 %; E. 1,422,000; L. 3300; Vg. 1.20. Polinucleari neutrofili 42 %, id. eosinofili 1.5 %; id. basofili 4 %, mielociti neutrofili 5 %, leucoblasti 5.5 %, mononucleari grandi 6 %, linfociti 33 %, macrolinfociti 3 %. (8ª giornata).

Opoterapici: *milza, sangue + midollo osseo* (15ª giornata).

25° giorno di cura: Hb. 38 %; E. 2,440,000; L. 3900; Vg. 0.66. Dismorfie come sopra, megaloblasti abbondanti, residui nucleari multipli, policromatofilia lieve, non riguardante tutte le forme, emazie punteggiate scarse.

I 4 prodotti opoterapici (*milza, sangue, midollo osseo, emoglobina*) *dal 30° giorno in poi.*

2ª *Iniezione siero antidifterico 1000 U. I.* (40ª giornata).

42° giorno di cura: Hb. 90 %; E. 3,832,000; L. 5500; Vg. 1.05. Linfociti 27 %, mononucleari grandi 3 %, forme di passaggio 4.3 %, polinucleari neutrofili 49 %, id. eosinofili 3 %, mielociti neutrofili 7.5 %, id. basofili 2 %, leucoblasti 1 %.

56° giorno di cura: Hb. 90 %; E. 3,464,000; L. 5700; Vg. 1.17. Persistente ipercitocromia, policromatofilia appena accennata, aniso-poichilocitosi, ecc. c. s., scarsissime emazie punteggiate basofile, abbondanti i megaloblasti, corpi di Jolly, abbondanti piastrine.

3ª *Iniezione siero antidfterico 1000 U. I.* (56ª giornata).

57° giorno di cura: Hb. 90 %; E. 6,180,000; L. 5000; Vg. 0.66. Polinucleati neutrofili 57.5 %,

id. eosinofili 3 %, id. basofili 2 %, linfociti 28 %, mielociti neutrofili 3.8 %, mononucleari grandi 6 %.

64° giorno di cura: Hb. 100 %; E. 4,853,000; L. 6800; Vg. 0.93.

70° giorno di cura: Hb. 98 %; E. 4,320,000; L. 6600; Vg. 1.03. Polinucleari neutrofili 65 %, id. eosinofili 2 %, id. basofili 0.5 %, mielociti neutrofili 5 %, linfociti 25 %, mononucleari grandi 2.5 %.

77° giorno di cura: Hb. 90 %; E. 5,144,000; L. 7200?; Vg. 0.79.

4ª *Iniezione siero antidifterico 1000 U. I.* (77ª giornata).

79° giorno di cura: Hb. 95 %; E. 5,912,000; L. 5100; Vg. 0.72. Dismorfie: la sola anisocitosi, ortocitocromia, qualche normoblasta, scomparsi i megaloblasti, scarse emazie punteggiate; assenza dei corpi di Jolly, piastrine abbondanti, policromatofilia notevole specialmente normoblastica, assenza di forme leucocitarie immature.

93° giorno di cura: Hb. 92 %; E. 5,540,000; L. 5200; Vg. 0.73. Eccettuata l'assenza di policromatofilia, non differisce dal precedente. Sospensione di ogni trattamento. Dimissione.

Dopo 12 giorni dalla sospensione della cura: Hb. 78 %; E. 5,316,000; L. 5400; Vg. 0.66. Polinucleari neutrofili 73 %; id. eosinofili 2 %; mononucleati grandi 5 %, linfociti 18 %, forme di passaggio 2 %. Leucocitosi, con prevalente normocitosi. Per il resto, reperto di un sangue normale.

Alla paziente non sono stati somministrati altri medicamenti, salvo piccole dosi di antinevralgici per mitigare i dolori ossei che specialmente di notte erano insopportabili.

Parallelamente alle migliorate condizioni ematologiche, si è avuta una relativamente rapida scomparsa di tutti o quasi i fenomeni morbosi; non però graduale, chè verso la metà della cura si notò una sosta, anzi una regressione nel miglioramento. Tuttavia già dopo 5 settimane dall'inizio della cura la febbre — continua dapprima con massimi di 38°.5 e poi irregolarmente intermittente — l'anoressia, le diarree, il senso di sete grandissima che aveva fino ad allora disturbato la paziente ostacolandone perfino a volte l'alimentazione già scarsa, erano scomparse. La paziente si levava da qualche giorno, constatando un ritorno del benessere e delle forze; il pallore della cute e delle mucose era molto ridotto, la respirazione meno superficiale ed affannosa, il timbro della voce più limpido e progressivamente aumentato il peso del corpo. Le urine erano tornate normali per quantità e componenti. Anche i dolori ossei, dopo esser stati sostituiti per qualche giorno da un senso di calore non molesto, erano a quest'epoca del tutto scomparsi, prima a destra, poi a sinistra dove erano sempre stati più forti; e da allora potè riposare tranquillamente.

Gli edemi, appena accennati, un modico pallore della cute ed una lieve epatomegalia erano le sole traccie dell'affezione, all'epoca in cui la paziente, per suo desiderio, fu dimessa (6 novembre 1914).

Ho riveduto il soggetto dopo *cinque mesi e mezzo,* durante i quali non solo non ha osservato le prescrizioni igienico-dietetiche, ma ha ripreso le normali occupazioni campestri. Non ha neppure preso medicamenti. Lo stato generale è soddisfacentissimo: permane solo una modica epatomegalia. Ha avuto sempre ottimo appetito; le forze sono normali. Alla fine di dicembre, dopo 16 mesi di amenorrea, sono tornati i mestrui, regolari per quantità, ecc. ora è gestante da tre mesi circa.

L'esame del sangue dà Hb: 95 %; E: 5,084,000; Vg: 0.84; ed il reperto morfologico è quello di un sangue normale.

***

Senza pregiudizio della questione, tuttora insoluta, dei peculiari caratteri cui deve rispondere una vera anemia perniciosa progressiva criptale, mi sembra che in questo caso la diagnosi sia sufficentemente autorizzata sopratutto dal complesso reperto ematologico. La etiologia è oscura, come in tutti i casi di questo genere. Non pare che possa esser discussa la tubercolosi, lesione probabilmente preesistente, che, ad ogni modo, ha seguìto un decorso non parallelo alla grave anemia. Del resto si parla tuttora di antagonismo, di rapporto indifferente, perfino di influenza favorevole di quella rispetto a questa affezione (Hills, Pates et Divet, Lazarus, Gèza v. Dieballa). Così sembra debba escludersi la emorragia *postpartum;* ammesso anche che una grave emorragia possa determinare una anemia perniciosa, in questo soggetto la grave affezione ha verosimilmente avuto un inizio più lontano. Come la tubercolosi e l'emorragia, anche le ripetute gravidanze, gli allattamenti prolungati, le cattive condizioni igieniche appaiono piuttosto cancause che cause determinanti. Non è invece fuor di luogo ricordare che i disturbi intestinali hanno costituito in questa paziente uno dei sintomi principali, fin da prima dell'internamento e nel primo periodo di degenza; per cui è anche possibile l'azione emolitica di qualche germe intestinale quale agente etiologico del processo morboso.

Riguardo alla terapia, è da osservare in primo luogo che in questo caso, in cui non fu tentato che il trattamento ferruginoso-arsenicale con esito negativo, si sarebbe potuto forse giungere a risultati ugualmente buoni con uno qualsiasi dei tanti metodi di cura che si sono provati in questi ultimi tempi con successo maggiore o minore. Io mi sono indotto ad un tentativo di sieroterapia combinata, in seguito ai risultati di ricerche eseguite a tutt'altro scopo, dalle quali mi è apparsa evidente l'azione iperglobulizzante di molti sieri, per lo meno rispetto alle emazie. Tale proprietà ho trovato comune

ai sieri antistreptococcico, antistafilococcico, antidfterico; ma in diversa misura; e l'antidifterico supera di gran lunga gli altri. Con questo è possibile portare al doppio, ed oltre, il numero delle emazie; già un aumento si nota subito, nelle prime 24-48 ore; ma l'acme si raggiunge in 4ª-5ª giornata; in 8° giorno la cifra è decresciuta, ma è sempre superiore a quella di partenza e tale resta, purchè non intervengano altre cause a modificare le condizioni dell'osservazione. L'effetto è inversamente proporzionale alla percentuale di emazie del sangue in esame; è massimo quindi nei valori bassi e tanto minore quanto più la formula ematologica è vicina alla normale. Il titolo del siero non ha grande influenza sulla entità della iperglobulia che provoca, o per lo meno non ha una influenza proporzionale potendosi ottenere cifre ugualmente, o quasi, elevate, anche con titoli bassi e cifre di poco maggiori con titoli altissimi.

Ha invece importanza la dose di siero iniettata; non saprei dire se direttamente proporzionale, perche mi mancano dati precisi su questa come su altre questioni (influenza dell'età, di malattie intercorrenti, ecc.). Sembrerebbe che questi sieri avessero anche proprietà iperglobulizzante rispetto ai leucociti; ma ad ogni modo non deve trattarsi di un'azione molto spiccata, quale può aversi, ed anche maggiore, con altri mezzi. Riguardo alla morfologia, l'azione del siero determina la comparsa nel sangue di numerosissime forme di rigenerazione, delle più differenti specie, prevalentemente eumorfe, ma anche patologiche. Lo stesso parrebbe accadere per i leucociti, in misura relativamente minore.

Quale è il meccanismo d'azione di questi sieri? Si tratta di uno stimolo ad una iperattività, direi quasi tumultuaria, degli organi emopoietici? oppure della proprietà di arrestare l'azione emolitica dell'agente patogeno sconosciuto, permettendo così agli organi ematopoietici di portare a compimento la loro opera rigeneratrice? E perchè tale azione è comune a molti sieri, se non a tutti? A questo riguardo, potrebbe anche farsi il quesito se i fatti da me esposti siero in qualche rapporto con i risultati di recenti ricerche. Il Fornaca e il Rodano (*Clin. med. it.*, 1914) con iniezioni di siero di sangue umano a piccole dosi, il Massalongo (Rend. R. Ist. Veneto Scienze, ecc., 1913) con iniezioni di siero di sangue di animali salassati, hanno determinato una iperglobulia rispettivamente nell'uomo e negli animali da esperimento e ne hanno fatto un metodo di cura delle anemie gravi; il primo avrebbe ottenuto risultati buoni anche in un caso di anemia perniciosa, ma transitorî, il secondo invece risultati più stabili in varie forme di anemia, combinando la sieroterapia col trattamento ferruginoso. I tre sperimentatori indicano dei mezzi di terapia che richiedono un materiale da preparare; su questi, i sieri antitossici avrebbero il vantaggio di una grande semplicità. Gli uni e gli altri possono ugualmente esporre a fenomeni d'anafilassi o ad altri inconvenienti spiacevoli; per mio conto, malgrado il larghissimo uso che ne ho fatto, non ne ho mai notati, e del resto, nel caso di una affezione così grave quale è l'anemia perniciosa, passerebbero in seconda linea, qualora i vantaggi si dimostrassero veramente tangibili. Tutti questi risultati nulla tolgono del loro valore alle esperienze di Lüdke, Fejes ed altri AA.: i quali si propongono la ricerca di un antisiero preservativo e curativo specifico, ricavato per mezzo del rispettivo veleno emolitico; il quale antisiero ha dato buoni risultati negli animali da esperimento, ma non risponde certo ad un concetto di grande praticità.

La organoterapia nella anemia perniciosa ha dato risultati negativi a numerosi sperimentatori. Ho voluto tuttavia ricorrervi in questo caso, sul terreno preparato dalla sieroterapia, associando varî prodotti e portando le dosi a cifre considerevoli. Con gli stessi opoterapici, a dosi anche minori, ho avuto risultati ottimi anche in forme gravi di anemie secondarie, in casi che per il loro reperto morfologico andrebbero classificati, secondo Grawitz e la sua scuola, nel numero delle vere anemie perniciose. Su questo punto, ho un considerevole numero di ricerche assolutamente dimostraive. Riferisco uno solo di questi casi, in cui è notevole la rapidità dei buoni effetti conseguiti:

A... B..., di anni 45, affetta da tubercolosi polmonare bilaterale, con caverne, dimagramento notevolissimo, anoressia, ecc., presenta il 31 dicembre 1914: Hb 35 %; E: 2,744,000; L: 4000; Vg: 0.57, e l'esame morfologico dimostra: aniso-poichilocitosi, ipocitocromia, normoblasti, policromatofilia, emazie punteggiate e corpi di Jolly, ecc. Dopo un mese di cura opoterapica: milza, sangue, midollo osseo anagr. 50, emoglobina gr. 10, si trova: Hb. 90 %; E. 4,960,000; L: 3500; Vg: 0.80. L'esame morfologico non rivela altro che una mediocre anisocitosi. Le condizioni generali sono notevolmente migliorate, è tornato l'appetito; e sono ricomparsi i mestrui dopo due mesi di amenorrea. La paziente non ha mai avuto fenomeni di intolleranza per l'uso di tali medicamenti.

Oltre che è sempre ben tollerata, l'organoterapia realizza il vantaggio di una grande rapidità di azione e di una comoda somministrazione.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Disturbi respiratori e circolatori gravi nell'aerofagia.

Col nome di *aerofagia* si intende la deglutizione dell'aria, fenomeno tutt'altro che raro ma spesso confuso con altre forme morbose, che per la prima volta, nel 1891, fu studiato dal Bouveret, come un sintomo che può accompagnare la dispepsia oppure gli stati comuni di nevrosi (isterismo, nevrastenia).

Osservando un dispeptico od un nervoso bisogna sempre tener presente la possibilità che il soggetto presenti gonfiore di stomaco e delle serie eruttazioni per lo più rumorose, per il semplice fatto della deglutizione incosciente dell'aria.

La forma dispeptica dell'aerofagia si riscontra non solo nei disturbi puramente funzionali dello stomaco ma anche nelle lesioni organiche di questo viscere: le crisi di eruttazioni si producono in tal caso sia a digiuno, sia durante qualsiasi periodo della digestione e si accompagnano con sensazioni dolorifiche che per lo più mancano nella forma nevropatica.

La crisi d'aerofagia nei neuropatici suol essere provocata dalle influenze le più variabili sia fisiche che morali.

Mathieu ha descritta una forma nervosa di aerofagia a scatto (à déclanchement) così chiamata perchè la crisi di eruttazione vien provocata come la crisi isterica comprimendo qualche punto della superficie del corpo: si tratta di veri punti isterogeni che Soupault vorrebbe si chiamassero *eruttogeni*.

Certi aerofagi possono avere delle eruttazioni in maniera continua ma trattasi di casi rari; più di frequente si osservano delle crisi di eruttazione separate da periodi di calma: durante queste crisi il paziente alle volte è costretto ad interrompere le sue occupazioni ed eruttare gaz dalla bocca in maniera continua e per qualche tempo.

La deglutizione dell'aria nell'aerofagia è stata studiata molto bene da Leven e Barret per mezzo dei raggi Röntgen.

Con la miscela di bismuto si osserva che allorquando i malati s'immaginano avere del gas, essi deglutiscono dell'aria che va ad accrescere il volume della camera ad aria e distende lo stomaco mentre il livello superiore della mucillagine bismutata si abbassa progressivamente nello stomaco per dato e fatto di questa distensione. D'altra parte quando l'aria accumulata viene espulsa mediante una eruttazione vera il volume dello stomaco diminuisce ed il livello della mucillagine si innalza.

Quest'osservazione dimostra che esistono negli aerofagi delle false e delle vere eruttazioni: le prime corrispondono all'entrata dell'aria nelle vie digestive che si accompagna con un rumore che è interpretato come una eruttazione; inversamente quando lo stomaco ha immagazzinato del gaz sotto una certa tensione il cardias si apre e si verificano allora le eruttazioni vere.

L'aerofagia è affezione sommamente molesta, che può dar luogo a disturbi circolatorî e respiratorî di una certa importanza: su questo punto hanno insistito recentemente alcuni autori confermando le osservazioni di Mathieu e Bouveret.

Leven nel suo ottimo e mirabile studio sulle dispepsie narra il caso di un individuo di 65 anni che un mattino fu colpito da una intensa crsi di dispnea: dopo poche ore si manifestò cianosi, rantolo tracheale, pieno collasso e tutta una sindrome da far pensare ad un edema del polmone.

Praticato il cataterismo gastrico tutti i sintomi scomparvero. Recentemente Castaigne (*La Clinique*) ha pubblicato tre osservazioni importantissime delle quali due riguardanti due medici. Uno di loro, di anni 52, attivo, intelligente, dispeptico, una notte dopo una cena copiosa fu svegliato bruscamente da una dispnea terribile. Chiamato un collega pensò ad una dispnea tossica o uremica e praticò un salasso che restò senza efficacia; la dispnea divenendo sempre più intensa furono messe in opera le inalazioni di ossigeno e gli eccitanti ma tutto inutilmente, la dispnea diveniva allarmante; il paziente era in piena asfissia.

Castaigne scartando l'ipotesi di un edema acuto del polmone per la mancanza di fatti toracici, fu colpito dalla tachicardia che presentava il malato, e dall'enorme distensione gastrica e pensò all'aerofagia come causa di tanto malanno: praticato il cateterismo gastrico, il quadro allarmante scomparve quando venne emessa una quantità enorme di aria completamente inodore.

L'altro caso si riferisce ad un sanitario affetto da insufficienza aortica lieve, tanto da permettergli l'esercizio della professione ed una vita attiva. Delle crisi di dispnea si presentarono bruscamente e lo impensierirono da farlo ricorrere ad una energica medicazione toni-cardiaca ed all'abbandono della professione: nè il riposo, nè i cardiocinetici, nè il regime di riduzione dei liquidi migliorarono però il suo stato, la dispnea cresceva gettando in triste sconforto il collega.

Castaigne esaminandolo minutamente si accorse che il paziente deglutiva dell'aria e lo consigliò a lasciare l'uso di ogni rimedio ed a stare attento al suo stomaco trattandosi di aerofagia: la prescrizione fu eseguita ed il collega ritornò ben presto alla sua prediletta professione.

Così una signora di 45 anni con stenosi mitralica una notte fu colpita da vivo dolore allo sterno da far pensare ad un attacco classico di angina di petto: la medicazione sintomatica restò infruttuosa e solo le crisi si dileguarono quando una gran quantità di aria fu emessa dallo stomaco.

La letteratura medica è ricca di osservazioni simili e Mauban di Vichy ne fece oggetto di una pubblicazione importante e recente. La guarigione di questa fastidiosa forma morbosa non si può sperare di ottenere che insegnando al malato il meccanismo dell'aerofagia affinchè egli si studii di reprimere i movimenti involontari, talora subcoscienti di deglutizione. All'uopo si può consigliare di interporre al momento voluto fra le sue arcate dentarie all'altezza dei molari, un tappo di sughero che impedisca la deglutizione dell'aria e arresti la crisi.

Soupault consiglia anche di impedire i movimenti di deglutizione involontaria per mezzo di una cravatta un po' stretta al collo del paziente.

Quando l'aerofagia è legata a disturbi digerenti è necessario anzitutto il trattamento di questi disturbi, come è necessario il trattamento della nevrastenia e dell'isterismo nei casi di forma nevropatica.

Dott. G. GENOESE.

CHIRURGIA.

Sulla gravabilità dei monconi di amputazione.

(I. BALLNER. *Wiener Klin. Woch.*, n. 11, 1915).

La tendenza dei chirurgi a lasciare agli amputati dei monconi gravabili è indicata da alcuni tipi speciali di operazioni, come quelli proposti da Syme, Pirogoff, Gritti, Sabanaieff. Ma i risultati ottenuti, malgrado questi tentativi, erano così poco buoni che una statistica di Cramer, raccolta nel 1904, su 96 casi di amputazione ne dette solo 2 guariti con monconi gravabili. La maggior parte degli altri avevano tendenza a ulcerazioni, erano dolorosi o avevano la cute aderente alla cicatrice ossea.

Per le amputazioni della gamba, Bier partì dal concetto che il moncone fosse gravabile solo se l'osso conservava connessioni naturali con pelle abituata alla pressione. La prima operazione osteoplastica nella gamba fu eseguita nel 1891, formando al moncone una specie di piede col ripiegare sull'estremità di esso un pezzo della superficie posteriore della tibia. Due anni dopo Bier stesso modificò questo processo che richiedeva un sacrificio non indifferente della lunghezza dell'arto, consigliando di scalpellare dal moncone della tibia un cuneo a base anteriore e di applicare sull'estremità del moncone un piccolo pezzo di osso.

Gleich propose di coprire la superficie di sezione ossea con un lembo di periostio preso all'interno e lasciato in connessione con i muscoli. Il processo di Bier, variamente modificato, trovò quasi unanime consenso e dette risultati abbastanza buoni. La temuta necrosi del lembo osseo fu osservata una sola volta da Bier su 30 casi, da Rehn 3 volte su 15 casi e da Angerer 1 volta su 12 casi. Mentre il processo di Bier aveva per scopo di ottenere subito un moncone gravabile, Hirsch cercò, con metodici esercizi, di rendere insensibili e utilizzabili monconi con cicatrici ossee dolorose. Appena si è chiusa la cavità midollare fa eseguire massaggi, compressioni, bagni del moncone e precocemente fa applicare una protesi che poggia solo sulla superficie di amputazione. Questo metodo fu applicato da Hashimoto e Saito sugli amputati della guerra russo-giapponese e dette per risultato che 38 monconi così trattati divennero tutti gravabili.

Bardeuhener consigliò di non sollevare il periostio sulla linea di sezione e Bunge giunse a ritenere utile di denudare di periostio l'estremo del moncone osseo per un tratto di 6-10 millimetri. La tecnica di Bunge consiste nel fare un grande lembo anteriore per evitare, in quanto è possibile, le aderenze della cute e nel privare l'estremo del moncone osseo del periostio e del midollo, per impedire che da questi provengano produzioni di callo che vengano a prendere aderenze con la cute e producano dolori o fatti di compressione.

Un altro metodo non osteoplastico è quello di Wilms che consiste nel coprire il moncone della gamba con un cuscinetto di parti fibrose fatto con il tendine di Achille cucito ai muscoli della regione anteriore della gamba e quello di Ritter che fa un trapianto libero di aponeurosi.

Il metodo di Bunge, denominato metodo aperiostale, è stato seguìto negli ultimi anni da molti chirurgi che lo hanno lodato per la semplicità, che permette di usarlo anche in casi non completamente asettici, e per la bontà dei risultati.

La statistica, della quale l'A. fa la disamina, riguarda le amputazioni eseguite dal 1901 al 1913 nella I[a] clinica chirurgica di Vienna. Si è cercato specialmente di esaminare la gravabilità dei monconi, intendendo di definire come moncone gravabile un *moncone insensibile alla pressione e agli urti, capace di poggiare direttamente sulla protesi e di sopportare il carico del corpo, senza dolore e senza disturbi nutritivi.*

Amputazioni della gamba. — Su 87 amputazioni della gamba, 75 furono eseguite secondo Bunge, 1 secondo Bier, 7 secondo Pirogoff, 3 secondo Tauber e 1 secondo Syme. In seguito all'operazione morirono 9 pazienti, 29 non guarirono di prima intenzione o per necrosi parziale del lembo o perchè si era dovuto tamponare o perchè una complicazione settica obbligò a riaprire la ferita.

A tutti gli operati, mentre erano ancora in Clinica, fu fatto un trattamento del moncone con esercizi metodici secondo il processo di Hirsch. Tra gli operati, secondo il metodo di Bunge, solamente 4 all'uscita dalla clinica avevano un moncone dolente e non gravabile; gli altri; con l'aiuto della protesi, potevano già camminare. L'operato secondo il metodo di Bier e tutti quelli sottoposti a operazione osteoplastiche avevano monconi gravabili.

L'A. ha potuto riesaminare tardivamente solo 46 degli amputati, dei quali 40 erano stati operati secondo il metodo di Bunge. Di questi 31 avevano un moncone perfettamente gravabile, in 7 casi il moncone era poco gravabile e in 2 la cicatrice dolorosa o la presenza di ulceri e di fistole rendevano il moncone inutilizzabile.

Di 4 operati secondo Pirogoff, due potevano camminare sul moncone, uno doveva essere riamputato per una recidiva di tubercolosi sul callo e un altro aveva già la recidiva.

Un operato secondo Tauber potevacamminare bene e un operato secondo Syme dovette essere amputato nella gamba per una recidiva.

Per quanto fu possibile, furono eseguiti esami radiografici dei monconi e si potè confermare il concetto di Bunge che la dolorabilità del moncone dipende dalle aderenze della cicatrice delle parti molli con la cicatrice ossea e dalle proliferazioni ossee che provengono dal periostio e dal midollo. In un moncone ideale non si vede neoformazione ossea nè dal periostio, nè dal midollo e il contorno del moncone è netto.

Importante è la conclusione seguente tratta dalla statistica: per la gravabilità del moncone, specialmente se si è operato col processo di Bunge, è indifferente se la guarigione sia avvenuta di prima o di seconda intenzione.

Il perone non fu sezionato quasi mai più in alto della tibia e non si ebbero tuttavia a lamentare inconvenienti; però, nei soggetti giovani, è consigliabile di sezionarlo in alto. Egualmente non ha prodotto inconvenienti l'aver lasciato intatto lo spigolo anteriore della tibia. La pelle avanti ad essa fu trovata callosa, dura come quella del calcagno e completamente insensibile.

Non fu mai osservata un'atrofia dell'osso nel senso di Siek, costituita cioè da un assottigliamento della corticale, da un ampliamento del cavo midollare e da una rarefazione delle trabecole ossee. Invece in due immagini radiografiche di soggetti giovani si trovarono alterazioni del tipo descritto da Reich e Ritter e consistenti in conicità di ciascun osso. I monconi erano ancora gravabili, ma si poteva prevedere che col tempo sarebbero divenuti non gravabili.

Il risultato di un'amputazione della gamba, secondo l'esperienza dell'A., dipende dalle condizioni anatomiche del moncone e dall'età del paziente. Le prime possono essere corrette con una opportuna scelta del metodo operatorio, la seconda naturalmente non possiamo modificarla.

Amputazioni della coscia. — Quantunque i monconi della coscia non debbano essere gravati direttamente, poichè le protesi di solito poggiano sulla tuberosità dell'ischio, pure un moncone doloroso limita molto la capacità di camminare, mentre un moncone indolente è così bene utilizzabile che soggetti giovani conservano quasi del tutto la capacità di lavorare.

Dal 1901 al 1913 furono eseguite in clinica 129 amputazioni della coscia, delle quali 121 secondo Bunge e 8 secondo Gritti; 19 operati morirono in seguito all'atto operativo per sepsi, per coma diabetico, per polmonite, per embolia, per *myodegeneratio cordis*, per meningite tubercolare, per emorragia, per *delirium tremens*. Dei rimanenti 110, 80 guarirono di prima intenzione, 30 per granulazioni.

Di tutti questi si poterono riesaminare in una epoca lontana dall'operazione solo 56, dei quali 5 operati secondo Gritti e 51 secondo Bunge. Di questi ultimi 35 avevano monconi perfettamente gravabili, benchè 11 fossero guariti di 2[a] intenzione; 14 avevano un moncone poco gravabile e 2 non gravabile. Dei 5 operati secondo Gritti, 2 non erano gravabili.

La radiografia dimostrò che la cagione della non gravabilità, quando era da escludere una recidiva del male originario, era da attribuire a proliferazioni periostali probabilmente dipendenti dal fatto che il periostio non era stato esattamente asportato.

La gravabilità del moncone, secondo i risultati statistici, conformi a quelli ottenuti da Ranzi e Affenberg, dipende poco dalla guarigione per prima o per seconda; egualmente di poca importanza è il fatto che la cicatrice venga a cadere sulla superficie gravata, come avviene nei metodi circolari.

Per quel che riguarda la capacità a camminare e a lavorare degli amputati, bisogna tener conto, oltre che delle condizioni locali, anche dell'età del paziente e delle sue condizioni generali, altrimenti, nel giudicare i risultati statistici, si può incorrere in errori grossolani.

Reamputazioni. — Alcune reamputazioni furono eseguite per recidiva del male originario, altre perchè i monconi della prima amputazione erano dolorosi e inutilizzabili; in questi si constatò che la cagione dei disturbi erano aderenze della pelle all'osso, oppure la formazione di calli midollari e periostali voluminosi e dolorosi.

La reamputazione secondo la tecnica di Bunge dette sempre monconi gravabili.

Neuromi. — Una speciale indagine sui neuromi da amputazione dette risultati buoni. Il trattamento fatto ai nervi durante l'operazione era consistito solamente nell'accorciarli, senza impiegare mai nemmeno una volta i complicati metodi di Cushing, Bier, Ritter e Bardenheuer. I disturbi nervosi constatati si limitano a sensazioni di formicolio e, in alcune amputazioni recenti, a dolori periferici. Dei veri neuromi furono osservati una sola volta.

Protesi. — Speciale attenzione si deve porre alla forma e alla costituzione delle protesi. Si desidera che una protesi sia leggera e solida, semplice e comoda, simile alla forma naturale e fisiologicamente usabile, di poco prezzo e facilmente riparabile. La soluzione di questi problemi interessa più il fabbricante di apparecchi che il medico, tuttavia il medico non deve trascurare di occuparsene, poichè una cattiva protesi può render vano un buon risultato primario operatorio.

L'A. pensa che la prima protesi debba essere provvisoria e ne impiega una fabbricata con mezzi semplicissimi. Con questa il paziente, due o tre settimane dopo l'operazione lascia lo ospedale. La protesi definitiva viene applicata dopo due o tre mesi e questa deve poggiare direttamente sul moncone, se il moncone è gravabile.

Come *conclusione* l'A. fa osservare che, quando non si possono fare operazioni osteoplastiche come quelle di Pirogoff e di Gritti, le quali notoriamente danno risultati ottimi, l'operazione da preferire per la semplicità e per la bontà dei risultati, che non vengono compromessi nemmeno quando non ci si può attendere una guarigione di prima o quando non si ha un ambiente certamente asettico, è l'amputazione aperiostale secondo Bunge.

Essa è perciò indicatissima in chirurgia di guerra e ha già fatto buona prova nella guerra turco-bulgara.

EGIDI.

MEDICINA CASTRENSE.

Sul tifo esantematico.

Riassumiamo brevemente la conferenza pronunziata su questa malattia infettiva dal professor Sanarelli al Corso di medicina castrense che viene svolto a Roma, per iniziativa della Società Lancisiana.

Il tifo esantematico, o petecchiale, o di campo, è frequente negli eserciti in guerra, mentre in tempo di pace è malattia essenzialmente legata all'affollamento e al vagabondaggio.

Diffusissimo nei tempi passati e tuttora diffuso in alcuni paesi europei, quali le regioni baltiche della Russia, alcune provincie della Galizia, della Moravia, della Boemia, della Germania settentrionale, si può dire, da parecchi anni, pressochè scomparso da noi in Italia, dove pure si ricordano le epidemie descritte dal Fracastoro, dal Rasori e quella del 1864 a Napoli.

L'O. si trattiene poi a parlare della sintomatologia e del decorso clinico della malattia, che il medico militare deve conoscere perfettamente per la necessità di una rapida e sicura diagnosi onde poter correre ai necessari ripari profilattici. Conviene sempre tenere presenti gli elementi necessari a una diagnosi differenziale con altre malattie che possono mentire, o per la natura dell'esantema o per il loro decorso o per alcuni sintomi, il tifo petecchiale, come la febbre tifoide, la febbre ricorrente, la malaria, il morbillo, la rosolia, il dengue e via dicendo. In proposito si deve anche ricordare come alcune malattie febbrili che sino a poco tempo fa erano giudicate speciali entità nosologiche, furono in questi ultimi tempi identificate col tifo esantematico, come la malattia di Brill, il tabardillo del Messico, la febbre maculosa delle Montagne Rocciose.

Premesse queste opportune cognizioni, necessarie per il pronto riconoscimento dei primi casi della malattia, così straordinariamente diffusibile, e la cui conoscenza esatta solo può permettere di condurre a buon punto la profilassi, facendo seguire alla diagnosi rapida e sicura la denuncia e l'isolamento, l'O. passa a discorrere

delle nostre recenti conoscenze sulla etiologia del tifo petecchiale, le quali danno nuove armi alla profilassi e semplificano di molto il grave problema che compete alle Autorità sanitarie militari rispetto ai modi più pratici e più fruttuosi per limitare o anche impedire la diffusione della malattia fra le truppe in guerra.

Già Hilldebrand e Murchison avevano dimostrato che il tifo petecchiale si riscontrava specialmente fra le popolazioni umane agglomerate e viventi in cattive condizioni igieniche, ma l'infettività e la contagiosità della malattia veniva riconosciuta solo parecchi anni dopo, specialmente per opera del Nicolle il quale mediante l'inoculazione di sangue di ammalati di tifo petecchiale riusciva a riprodurre la malattia nel chimpanzè.

La natura però del virus specifico non ancora è conosciuta, sebbene si debba annoverare fra i virus invisibili o filtrabili in quanto fu dimostrata la possibilità del suo passaggio attraverso candele porose, mentre tutte le indagini dirette a scoprirne la morfologia andarono finora fallite.

Le indagini epidemiologiche intanto rendevano sempre più sicuro il fatto, già osservato da antico tempo, della grande contagiosità della malattia, in quanto si dimostrava che l'infezione con singolare frequenza si comunicava a quanti assistevano gli ammalati o venivano con questi a contatto.

Fra le diverse malattie infettive, il tifo petecchiale è certamente quella che con maggior frequenza si diffonde nei medici, negl'infermieri, come si è verificato anche recentemente nell'epidemia scoppiata alle isole Tremiti nel 1911-12 fra gl'indigeni della Libia colà esiliati.

Questi fatti epidemiologici trovarono la spiegazione quando Nicolle dimostrò che l'agente trasmettitore del virus specifico è il pidocchio, specialmente quello delle vestimenta: si comprese allora perchè il tifo petecchiale fosse malattia propria dei vagabondi, delle popolazioni agglomerate, delle truppe in guerra, quando le condizioni igieniche, specialmente per quanto riguarda la pulizia del corpo e delle biancherie, lasciano molto a desiderare. E si comprese anche il perchè la stagione invernale sia propizia alla diffusione dell'epidemia, le diverse condizioni inerenti a tale stagione permettendo una maggiore riproduzione e una più facile diffusione del pidocchio.

L'O. dopo avere esposto le mirabili serie di esperienze che permisero al Nicolle e ai suoi allievi di mettere in piena luce l'importanza di alcuni insetti ematofagi nella diffusione del tifo petecchiale, viene a parlare dei mezzi profilattici che sono oggi a nostra disposizione per limitare e troncare le epidemie e che diedero anche recentemente a Tunisi e in Francia ottimi risultati.

Per condurre bene l'opera di distruzione dei pidocchi è necessario conoscere i modi di vita, le abitudini, sapere della loro biologia tutto quanto è necessario perchè contro di essi possiamo condurre una fruttuosa campagna di distruzione.

La profilassi del tifo esantematico può essere contenuta nelle seguenti misure:

Distruzione accurata di tutti i parassiti che si trovano sul corpo di un ammalato o di un sospetto tifoso;

Disinfezione accurata della biancheria e degli abiti che devono essere raccolti da personale istruito, ben protetto, perchè non siano causa di contagio;

Disinfezione accurata delle abitazioni dove si avverano casi di tifo esantematico, dei locali dove vi è agglomeramento di persone sporche: prigioni e via dicendo;

Isolamento degli ammalati;

Riguardi e mezzi di difesa idonei del personale assistente.

Inoltre è necessario che ciascun soldato, specie quando debba condurre la vita di trincea, sia messo in grado di difendersi con energia dal parassitismo.

I mezzi per ottenere questa profilassi, i metodi più raccomandati per la distruzione rapida dei pidocchi sono passati in rassegna dall'O., il quale termina la sua pratica dimostrazione illustrando l'opera di difesa che si compie oggigiorno nell'esercito francese, e gli utili effetti conseguiti con la sua applicazione.

S.

Sulla profilassi della malaria.

In modo sobrio e altamente istruttivo il professor Bignami parlò, allo stesso Corso, della profilassi della malaria nell'esercito combattente, problema di grande importanza perchè le nostre truppe potranno accamparsi in luoghi malarici e perchè la guerra di trincea, oggi resa necessaria, obbligando al movimento di molta terra, prepara condizioni favorevoli e necessarie alla vita delle zanzare.

L'Autorità sanitaria militare deve avere una piena conoscenza delle zone malariche onde evitarle, nei limiti delle necessità militari, come luoghi di accampamento; ma siccome tale conoscenza può talora non essere perfetta la prima questione che si presenta è quella del come si possa identificare una zona malarica.

Per tale identificazione la ricerca degli anofeli non è pratica e non è di sicuro risultato. Tale ricerca fallisce talora anche in luogo riccamente anofelico, richiede personale esperto e abile, e molto tempo; inoltre si sa che può esistere anofelismo senza malaria, che vi sono plaghe dove gli anofeli sono numerosi e dove, anche se vi giunga qualche individuo malarico, non si osserva mai la formazione di un centro di infezione, per quanto esperimentalmente le anofele catturate in tali località si dimostrano capaci di infettarsi di parassiti malarici e di permetterne l'intero ciclo di sviluppo nel loro organismo.

Dopo alcune interessanti osservazioni su questa questione molto oscura della epidemiologia della malaria, e senza volere tener conto del fatto asserito da taluni che vi possa essere malaria senza anofelismo, l'O. viene alla conclusione che l'unica misura efficace per identificare una zona malarica è quella dell'inchiesta, tenendo anche conto che laddove si troveranno molti bambini con milza grossa ivi quasi di sicuro esiste malaria.

Per la profilassi delle truppe in guerra non è il caso di pensare a misure di protezione meccanica, di distruzione delle zanzare nel loro stadio di insetto perfetto, di pupa, di larva o di uova.

Non vi può essere che il metodo preconizzato da Angelo Celli, con tanto ardore da lui sostenuto, e impostosi non solo all'Italia, ma a tante altre nazioni che soffrono di malaria, per la efficacia sicura, oramai dimostrata da innumerevoli statistiche e quel che più importa dal consentimento entusiastico di quanti medici pratici ebbero a adottarlo; il metodo cioè della profilassi chininica.

L'O. riconosce anche gli indiscutibili vantaggi profilattici che si possono ottenere con la bonifica umana, ossia con la cura intensiva dei malati e sopratutto dei recidivi, in modo da impedire l'insorgere della successiva epidemia in quanto le zanzare non troverebbero più parassiti nel sangue degli antichi malarici.

Ma l'O. osserva quanto sia difficile bonificare tutti gli individui che possono essere portatori di parassiti malarici, sfuggendo alla bonifica sopratutto le malarie latenti; osserva anche che è ancora dubbio che siano proprio le recidive primaverili a collegare fra di loro le epidemie estive; osserva infine che devono esistere razze di parassiti malarici chininoresistenti.

Per impedire quindi che i soldati che devono vivere e dormire in zone malariche contraggano l'infezione, praticamente non vi è altro mezzo che di attuare una accurata profilassi chininica, secondo le indicazioni del Celli, in modo che lo sporozoito appena giunga nel sangue con la puntura della zanzara vi trovi ambiente sfavorevole al suo sviluppo e alla sua vita.

L'O. insiste poi sui metodi di diagnosi differenziale della malaria, specialmente delle perniciose, con numerose altre malattie, con le quali la malaria, che si presenta con svariata sintomatologia, potrebbe facilmente confondersi.

S.

Sulla dissenteria in Cirenaica.

(Prof. F. TESTI. *Giornale di medicina militare* del 31 gennaio 1915).

Fin dai primi tempi dell'occupazione si ebbero in Cirenaica casi di dissenteria, prima sporadici, poi gradatamente più diffusi, seguenti in gran parte nel loro estendersi le dislocazioni delle truppe e le influenze climatiche e di stagione; però un vero focolaio dissenterico importante si formò solamente a Derna e fu quello osservato e descritto dal capitano Corradi, nella seconda metà dell'anno 1912.

L'A. però ritiene che in molti altri casi, anche a decorso clinico assai grave, anzichè di vere e proprie forme dissenteriche specifiche, si sia trattato di affezioni dissenteriformi dovute ad esaltamento di virulenza dei comuni commensali dell'intestino.

Lo confermano in questa idea i ripetuti esami batteriologici che in molti casi furono negativi per la presenza di agenti specifici, sia bacillari che amebici, sempre escludendo l'epidemia di Derna che risultò indubbiamente dovuta all'*entamoeba histolytica* (477 esami di feci con 393 reperti positivi).

Dato tutto ciò e data anche l'epidemia di tifo che regnò in Cirenaica nella seconda metà del 1913, e, che ingombrando di ammalati gli ospedali, impose dei solleciti sgomberi per mezzo delle navi-ospedali, non farebbe meraviglia se qualche ammalato o portatore di germi avesse potuto, rimpatriando, divenir sorgente in patria di localizzate epidemie, come alcuni osservatori hanno affermato.

Però l'A. fa osservare che occorre esser molto cauti prima di fare simili affermazioni perchè è noto che anche in Italia vi sono località particolarmente soggette allo sviluppo epidemico della dissenteria bacillare, e si sa che la presenza di germi pseudo-dissenterici e paradissenterici, come dei varii germi del gruppo tifo-coli producenti svariate affezioni intestinali, è fatto di osservazione banale.

Circa poi un caso studiato dall'Ascoli riguardante un reduce da Tobruk affetto da dissente-

ria da *entamoeba tetragena*, è chiaro che non può esser messo in relazione con l'epidemia di Derna dovuta, come già accennammo, all'*entamoeba histolytica*.

Del resto ormai ridotte le azioni militari, diminuito l'agglomeramento, migliorate le condizioni igieniche dei Presidî cirenaici, ed organizzati i luoghi di cura ed i depositi di convalescenti con maggiore ampiezza, con più grandi risorse e con tutto il personale e materiale occorrente per un completo servizio sanitario, il pericolo accennato di importazioni di germi dissenterici in patria può dirsi completamente annullato ed in Colonia stessa le condizioni sanitarie continueranno nell'attuale progressivo miglioramento. G. MENDES.

L'infezione da m. tetrageno fra i soldati.

(*Bulletin de l'Academie de Medicine*, Paris).

I dottori F. Tremolières e P. Loew hanno, in meno di due mesi, potuto osservare presso l'Ospedale M. di Beauvais e dipendenze, ben 25 casi di infezione tetragenica, che sembra avesse assunta la forma di una vera epidemia.

Secondo gli AA. detta infezione nelle sue forme più leggere vien confusa ordinariamente con l'influenza, mentre nelle forme più gravi simula la febbre tifoide o il paratifo.

Vi è poi una terza forma pleuro-polmonare caratterizzata dall'aggiungersi ai fatti comuni di grave setticoemia di quelli speciali di infiammazione pleuro-polmonare. Sintomi caratteristici dell'infezione tetragenica sarebbero la febbre a corte intermittenze, i sudori abbondanti e lo stato di anemia acuta che la malattia lascia dietro di sè.

Sebbene la malattia possa protrarsi anche a lungo, il pronostico ne è in genere favorevole.

La diagnosi non può venir accertata che mediante l'emocoltura, o in mancanza di questa con la sierodiagnosi. Il trattamento non differisce da quello delle altre infezioni generali e quindi balneoterapia, adrenalina, leggeri cardiocinetici, quando ve ne sia l'indicazione, iniezioni endovenose di elettrargolo e cura sintomatica delle complicazioni polmonari.

Cap. G. MENDES.

Il fascicolo di maggio della nostra Sezione medica contiene i seguenti lavori:

Dott. G. V. FERRALIS. *Ricerche elettrocardiografiche sopra un caso di vizio congenito del cuore destro.*

Prof. C. A. CRISPOLTI. *L'azione degli zuccheri sulla secrezione renale e sulla circolazione nell'uomo.*

Dott. T. PONTANO. *Controindicazioni ed indicazioni all'uso dell'arsenobenzolo nelle malattie mediche da sifilide.*

MEDICINA SOCIALE.

Criterio medico di scelta ed accurata selezione del personale nelle industrie.

Ill.mo Sig. Direttore del *Policlinico*,

Le conclusioni cui giunge la critica del collega prof. V. Forlì per la selezione degli aspiranti a posti nelle industrie, che ho patrocinato nella mia nota riassuntiva nel « Ramazzini », anno IX, fasc. 1: « La profilassi degli infortunî sul lavoro », con la visita medica preventiva obbligatoria e pel giudizio definitivo d'idoneità ad un dato servizio, nel periodo di tirocinio non inferiore a due anni, mi obbliga a scrivere brevemente in merito.

Pregola quindi accordarmi un po' di spazio nella rubrica « Medicina Sociale ».

Nel fasc. 16 dell'aprile c. a. della Sez. pratica a pag. 540-541 è scritto:

« Pur senza disconoscere la opportunità della visita preventiva, dobbiamo però notare che di questa sono stati posti in luce anche varî inconvenienti. Inoltre la selezione cui l'A. vorrebbe giungere con la detta visita porterebbe a ciò, che gli operai ritenuti meno adatti dovrebbero procurarsi la vita o mediante l'accattonaggio, ecc., o riversandosi verso altre occupazioni in cui è facile sfuggire alla detta visita (p. e. imprese di costruzione, le quali hanno spesso bisogno improvviso di mano d'opera, sì da non poter fare alcuna scelta). In tal modo gli infortuni non verrebbero eliminati, ma solo spostati da una ad altra azienda industriale ».

Chi si occupa d'infortunistica ben sa che ogni infortunio sul lavoro ha una propria causalità. Qualsiasi occupazione o lavorazione nei diversi reparti di tante industrie, qualunque mestiere e professione, porta con sè un rischio che ha relazione col lavoro al quale attende l'individuo e che può essere la causa dell'infortunio. V'è quindi differenziazione di rischi e d'infortunî per causalità in tutti i singoli servizi, lavori, occupazioni, mansioni speciali, ecc.

La clinica e la pratica giornaliera del lavoro ammaestrano che un individuo con attitudine e capacità organico-funzionale per un dato servizio può essere più o meno deficiente, o non idoneo per un altro. E la deficienza, motivata, può dipendere da molteplici cause che non solo rispecchiano lo stato generale organico e di salute dell'individuo, ma condizioni funzionali di organi e gli apparati che hanno essenziale relazione con una data occupazione nell'industria.

In un servizio, in un lavoro, in un mestiere, un individuo è a disagio, poco o male produce, le sue condizioni di salute ne risentono anche pel *surmenage* continuo al quale si sottopone volendo o nolendo, si ammala facilmente, incorre negl'infortuni, spesso gravi, per la sua costituzione organico-funzionale inadatta a quel lavoro.

Questo individuo cambia occupazione nella stessa industria od in altra. Il nuovo lavoro si addice alla sua attitudine e capacità organico-funzionale; egli si rimette in salute e nel morale, lavora e produce, raramente si ammala o subisce infortunî di lieve entità.

Prima egli era demoralizzato, di danno a sè stesso, ai compagni di lavoro, all'industriale, all'ente assicuratore. L'accurata selezione fatta in seguito, per cui ha ottenuto l'occupazione confaciente alla sua salute ed al suo organismo, ha recato vantaggi a sè ed agli altri.

Moltissimi di questi esempi si constatano nella pratica quotidiana in tutti i reparti delle industrie: ferroviarie, di miniere, tramviarie, elettriche, arsenali, imprese varie, comprese quelle di costruzione, ecc., di tutti i paesi.

Basta visitare una industria, anche modesta, ed interessarsi dell'opera singola, alla quale attende il lavoratore in ciascun reparto, per rendersi esatto conto che ogni infortunio ha una propria causalità, e dare giusto valore ed importanza all'accurata visita e selezione del personale, con cui ci proponiamo di conoscere la idoneità o l'inadattabilità ad una speciale occupazione e a determinato ambiente di lavoro.

Sono noti gl'infortunî, i disastri, gl'ingenti danni causati dalla deficienza o poca attitudine di un solo o più operai nelle mansioni in cui erano addetti nell'industria! La costituzione organico-funzionale ed attitudine di questi lavoratori fu riscontrata deficiente per quel dato servizio, per quella speciale mansione, per quel determinato ambiente di lavoro, nè erasi eseguita l'accurata selezione!

Eliminata o diminuita la causa, l'effetto alla medesima inerente o non si produce o molto si attenua e l'individuo, la di cui costituzione organico-funzionale poco o niente adatta ad un servizio, passa ad un altro, confaciente alla sua costituzione, non potrà incorrere nel rischio che provocò infortuni sul lavoro, danni irreparabili disastri!

No, non è esatto affermare:

« In tal modo gl'infortunî non verrebbero eliminati, ma solo spostati da una ad altra azienda industriale ».

I fatti dimostrano in modo assoluto il contrario.

L'egregio collega A. Peri nei suoi *Dati statistici e considerazioni su 4014 infortunî sul lavoro dal 19 marzo 1905 al 31 dicembre 1908, nelle Ferriere ed Acciaierie della Società Ligure Metallurgica di Sestri Ponente* (1) nota le cause constatate di « inadattabilità individuale ad un determinato ambiente di lavoro » che giova riportare:

« 1° debolezza di costituzione; 2° alimentazione insufficiente o disadatta specialmente nei lavoratori che debbono esplicare una forza considerevole; 3° malattie interne o del ricambio materiale o di natura tossica (professionale, alcoolismo cronico) compatibili col lavoro; 4° mutilazioni, postumi di lesioni degli arti, disturbi funzionali (tremori, crampi, paresi, ecc.); 5° diminuita funzionalità degli organi della vista e dell'udito; 6° non perfetta integrità del senso muscolare; 7° deficienza delle facoltà intellettuali; 8° criminalità; 9° stati anormali della coscienza nei soggetti nevropatici; 10° condizioni psichiche particolari in soggetti apparentemente normali:

« *a*) difficoltà nel dirigere o nel mantenere fissa l'attenzione; *b*) non perfetta lucidità mentale data da lieve ebbrezza o dalla permanenza di postumi di una profonda intossicazione alcoolica in individui senza sintomi caratteristici dell'alcoolismo cronico; *c*) disposizione speciale a risentire sollecitamente la stanchezza e ad esaurirsi durante il lavoro; *d*) preoccupazioni di varia natura da motivi estranei al lavoro; *e*) inesatta valutazione dei pericoli della lavorazione che può spingere l'operaio all'ardimento ed all'audacia e che dà luogo all'imprudenza ed alla negligenza delle norme profilattiche degli infortunî; *f*) soverchio timore di ledere la propria incolumità che rende il lavoro impacciato, mal sicuro, affaticante e pericoloso a sè ed agli altri; *g*) per quelli che lavorano di notte, difficoltà per condizioni proprie dell'individuo o a lui estranee, di ottenere il giorno un riposo veramente restauratore delle forze ».

Le misure adottate per la prevenzione degl'infortuni dalla stessa Società, tra cui « 1° la visita medica rigorosa prima dell'ammissione al lavoro », ridussero nel 1908 la media degl'infortuni ad 1.4 per mille presenze, mentre negli anni 1905, 1906, 1907 la media fu rispettivamente di 2, di 3, di 2.5.

La nostra Associazione italiana per la protezione legale dei lavoratori ha in vari studi ed inchieste, fatte da competenti in materia, quali Devoto, Carozzi, Ranelletti, Loriga e molti

(1) *Atti del II Congresso medico infortuni sul lavoro.* Vol. II, pagg. 577 e segg. Maggio 1909.

altri, rilevato malattie ed infortunî causati dalla mancata accurata visita medica nelle molteplici industrie, ciò che ho notato anche io nella mia non breve pratica professionale. Concordemente si è ammesso il criterio medico di scelta del personale nelle singole mansioni a scopo di profilassi sociale, per diminuire infortunî e malattie. La selezione accurata non elimina infortunî e malattie, nè sposta gli uni e le altre da una ad altra azienda industriale.

Nè la visita preventiva obbligatoria e la selezione del personale, cui si giungerebbe, nelle industrie ed occupazioni che ne dipendono, « porterebbe a ciò che gli operai ritenuti meno adatti dovrebbero procurarsi la vita mediante l'accattonaggio..... ».

Questa affermazione, per lo meno molto esagerata, è semplicemente contraria a ciò che ho scritto nell'accennata « Nota riassuntiva », alle mie vedute basate sulla protezione legale dei lavoratori, allo scopo imposto dalla medicina sociale.

L'accurata scelta del personale fatta secondo le particolari attitudini e la capacità organico-funzionale individuale è consona alla selezione del lavoro, protegge il valore economico e sociale, che è la forza e la sanità dei lavoratori in qualsiasi industria.

Per l'opportuna e necessaria selezione salutiamo le nuove filantropiche istituzioni degli Ispettorati medici del lavoro che da noi s'iniziano a Torino, a Milano, a Roma, a Firenze.

Auguriamo che presto tutte le altre città seguano lo stesso programma ora che già funziona l'Ispettorato medico del lavoro nel Ministero di agricoltura, industria e commercio ed è in maggiore incremento l'Assicurazione nazionale infortuni.

Questi Ispettorati ed Assicurazione che s'interessano dell'assistenza sociale, dell'igiene e patologia del lavoro, sapranno rendere, come in Germania, segnalati servizi sociali, dettando norme precise per la selezione del personale nelle varie industrie, in modo che possa assegnarsi l'occupazione o mansione a ciascuno, seguendo il criterio medico di scelta che si basa sull'individuale attitudine e costituzione organico-funzionale.

La dipendenza di tutti i Servizi medici statali dalla Direzione generale della sanità darà il maggiore impulso al grande edificio d'igiene, d'assistenza e medicina sociale, per cui ogni industria e ciascun reparto di qualsiasi industria potrà raggiungere quell'assestamento che s'addice alla molteplice attività moderna.

Ringrazio il collega prof. V. Forlì per avermi dato l'opportunità di ritornare sul mio argomento, che può riuscire utile alla riforma da apportarsi alla leggi infortuni sul lavoro.

Con osservanza, con i più cordiali e distinti saluti.

Firenze, 27 aprile 1915.

Dev.mo
Prof. dott. FEDERICO MAZZONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia

Seduta del 19 febbraio 1915.

PARISI. *Ricerche intorno ad alcune forme di pneumoconiosi.* — L'A. descrive i disturbi a cui vanno soggetti i minatori di calamina nelle miniere di Val Serina e Val Seriana (prov. di Bergamo): li correda con dati sperimentali ricavati da esperienze fatte su animali sia sul luogo che in laboratorio. Conclude come sia molto probabile l'esistenza di una forma pneumoconiosica da zinco. Esperimentò inoltre con polveri di diversa composizione chimica, sia facendola lentamente inalare, sia insufflandola direttamente nell'albero respiratorio, previa tracheotomia, quali ad es. polvere di vetro, la farina fossile di Monte Amiata, la finissima limatura di ferro e di bronzo, la farina di frumento, la polvere di carbone e di carminio, ottenendo lesioni la cui gravità era in rapporto con la composizione chimica della sostanza adoperata, della sua forma e della velocità con cui il pulviscolo penetrava nelle vie aeree.

Merita menzione il reperto dimostrato dai preparati con doppie colorazioni della possibile funzione, quasi ghiandolare digestiva del polmone, sugli aghi silicei. Questi aghi corrispondentemente al minore o maggior tempo di permanenza nel parenchima del polmone acquistano affinità tintoriali diverse.

C. VERGA. *Lussazione spontanea della rotula.* — Richiama l'attenzione sopra la singolarità di un caso e lo illustra mediante proiezioni foto- e radiografiche.

Ad ogni atto di flessione della gamba sulla coscia la rotula si lussa completamente allo esterno, per poi riprendere la posizione normale alla successiva estensione del ginocchio: e ciò d'ambo i lati. L'affezione non è congenita; ma consecutiva a gonoartrite. Lo stesso fatto di grado però meno rilevante (sublussazione) l'A. ha osservato in alcune ginocchia rachitiche spic-

catamente valghe, specie quando alla abduzione della gamba sulla coscia era associato un notevole grado di rotazione esterna della gamba.

G. D. DOMIZIO. *Intorno ad un tripanosoma del dromedario eritreo.* — L'A. presenta alcuni preparati del tripanosoma del gudhò, una delle due tripanosomiasi del dromedario eritreo. Fa rilevare che il tripanosoma del gudhò ha il centrosoma distante 1,5-2 dall'estremo non flagellato, dato morfologico che basterebbe da solo per differenziarlo dal tripanosoma dei bovini eritrei (tripanosoma del giahou), il quale ha il centrosoma terminale o quasi (Memmo, Martoglio, Adani. *Infezioni protozoarie negli animali domestici in Eritrea.* « Annali d'Igiene Sperimentale », 1913).

L'A. inoltre ha potuto constatare che il tripanosoma del gudhò è inoculabile ai cani, contrariamente a quello dei bovini; e che quello nei bovini non dà infezione naturale. Onde conclude che i due tripanosomi sono diversi. Mentre quello dei bovini, secondo Laveran, Mesmil e Sergent sarebbe il Calzaboni, l'A. crede che quello del budhò sia il soudanense (el dehob) mentre l'ottèh (l'altra tripanosomiasi dei dromedari eritrei) potrebbe essere la Mbori.

G. D. DOMIZIO. *Di alcuni Selenomonas dell'Eritrea.* — L'Autore presenta dei preparati con Selenomonas (preparati di sangue e di organi interni di una gazezlla e di un dig-dig cacciati in Eritrea nel 1913) nei quali si vedono: 1° delle forme grandi a semiluna con flagelli partenti dal mezzo del lato concavo, forme riferibili a quelle descritte da Prowazek (Centralblat C. Bakt., Originale ,1913); 2° delle forme con differenziazioni tra nucleo e protoplasma; 3° delle forme come incistate con i flagelli che formano una specie di capsula attorno al corpo del parassita; 4° delle forme incistate con dentro come dei corpicciuoli lunghi e leggermente incurvati, disposti parallelamente, secondo il minor diametro delle cisti; 5° dei piccoli Selenomonas con o senza flagello e di quelli di dimensione intermedia tra i piccoli e le forme grandi tipiche.

A. PATTA e A. VARISCO. *Ricerche intorno all'azione cardiovascolare della colina.* — Gli AA. studiarono l'azione di un nuovo sale di colina, e precisamente di un *glicerofosfato neutro.* Le conclusioni principali dello studio sono le seguenti: Il glicero fosfato neutro di colina determina nei cani un notevole, e talvolta grandissimo rinforzo del polso: insieme alla bradicardia si ha nel maggior numero dei casi l'aumento della pressione arteriosa. L'ipotensione non sembra possa venir considerata come il fenomeno predominante del comportamento farmacologico del glic. di colina, inquantochè essa, oltrechè non costante, è sempre lieve e fugace, mentre l'ipertensione persiste anche per parecchi minuti e può essere accentuatissima. Non appare dalle loro esperienze che l'ipotensione sia determinata soltanto dalle piccole dosi di farmaco: chè anzi essa si presenta più intensamente se pur sempre fugace, per dosi elevate. La bradicardia da colina deve essere attribuita alla eccitazione del vago, e, più precisamente, delle terminazioni intracardiache del nervo: infatti essa è meno intensa, ma non scompare dopo il taglio dei vaghi, e manca completamente invece dopo la paralisi atropinica. Nell'uomo (individui ipertesi) mentre la frequenza del ritmo cardiaco non si modifica in modo costante per l'influenza del farmaco somministrato per via ipodermica, sembra prevalere l'ipotensione, alla quale segue però un più o meno cospicuo aumento di pressione.

Da tali risultati e dalle conoscenze già acquisite intorno all'azione della colina e dell'adrenalina, gli AA. si ritengono autorizzati a ritenere che se pure in casi particolari può essere dimostrabile un antagonismo fra adrenalina e colina su la funzione di circolo, *tale antagonismo non può venire considerato come un fenomeno costante e di ordine generale.*

A. MARTINELLI. *Una pinza-tenaglia per emostasi automatica.* — La pinza-tenaglia presentata dall'A. risulta composta essenzialmente di due parti: una piccola pinza a denti con branche simili alle Kocher, destinata ad afferrare il vaso e a tirarlo attraverso l'anellino, e una tenaglia destinata a schiacciare l'anellino stesso attorno al vaso. Vi si aggiunge il serbatoio degli anellini spinti avanti automaticamente da apposita molla spirale.

Seduta del 25 marzo 1915.

G. SORMANI. *Sulla vaccinazione antitifica dell'esercito italiano.* — Per invito del Ministero della Guerra, il profess. d'igiene Giuseppe Sormani tenne alla Società Medico-Chirurgica di Pavia una conferenza, per dimostrare la utilità e l'opportunità di introdurre la vaccinaizone antitifica nell'esercito italiano. Espose i risultati positivi ottenuti già negli eserciti coloniali dell'Inghilterra, della Francia, della Germania e dell'esercito americano, e quanto già si ottenne dall'Italia in Libia nel 1912-13.

Consigliò l'adozione del vaccino Pfeiffer-Kolle, oppure quello batterico di Vincent; ma lamentando che con tali vaccini si renda necessaria una triplice operazione di iniezioni sottocutanee che mantengono l'esercito in condizioni

quasi patologiche per un mese, fece voti che si possa trovare una vaccinazione più sollecita, che in *una sola operazione* potesse conferire l'immunità. Tale sarebbe la vaccinazione antitifica col vaccino Friedberger-Moreschi, preparato secondo Loeffler, la quale esigerebbe una sola iniezione, ma *endovenosa*. Speriamo che col tempo si possa vincere questa difficoltà che non è poi insuperabile.

ASCOLI V. ringrazia il prof. Sormani per la dotta e chiara relazione. Per la lunga e ricca esperienza personale che in materia d'iniezioni endovenose egli ha fatto nella clinica del Baccelli, donde è uscito il metodo, l'A. crede necessario insistere con tutte le forze nel concetto che esse non presentano dal punto di vista tecnico nessun inciampo o difficoltà per la loro applicazione alle vaccinazioni. È proprio per i sieri, i vaccini, ecc. che la immissione diretta nel sangue è indicatissima.

L'esperimento diretto ha mostrato che nella vaccinazione antitifica per via endovenosa una sola applicazione provoca entro il periodo di soli dieci giorni uno stato di immunità che per lo meno si eguaglia, se non è superiore, a quello ottenuto con tre vaccinazioni sottocutanee dopo 30 giorni.

Non v'è dubbio che la via endovenosa sia da preferirsi. In questa ferma convinzione egli è entrato dopo aver seguito le esperienze sull'uomo praticate dal suo aiuto Moreschi con il vaccino preparato col metodo Löffler. Ritiene che molti problemi restino da risolvere circa la convenienza di adottare più stipiti di bacillo o uno e quale, circa la durata ecc.; ma quanto è assodato, autorizza a procedere nella pratica della vaccinazione.

MORESCHI osserva che la rapida immunizzazione per via endovenosa da lui ottenuta col vaccino preparato secondo Loeffler, non è legata a proprietà peculiari di questo vaccino, ma realmente alla via di introduzione del vaccino stesso. Ricorda ancora le dosi minime di vaccino occorrenti quando si scelga la via endovenosa, dosi per lo meno tremila volte inferiori a quelle necessarie per la vaccinazione sottocutanea.

Il Presidente A. MONTI riassumendo la discussione conclude:

1° L'utilità e la necessità della vaccinazione antitifica generale per la preparazione sanitaria degli eserciti prossimi alla mobilitazione risulta esaurientemente documentata dalla esperienza ormai fatta su larghissima scala dagli Stati Uniti, dall'Inghilterra, dalla Germania, dalla Francia, dalla Grecia, ecc.

2° Nei diversi eserciti europei ed anche nell'esercito e nella marina italiana sono stati esperimentati dei vaccini antitifici diversamente preparati. Riconosciuta l'efficacia sicura dei diversi vaccini, non è ancora detta l'ultima parola sul tipo che riunisca in sè tutti i vantaggi, cioè l'efficacia della protezione, la rapidità dell'effetto, la comodità dell'applicazione. Perciò è desiderabile che da una parte sieno continuati gli studi, dall'altra non sia limitata la vaccinazione ad un tipo unico di vaccino.

3° in particolare merita di essere presa in considerazione la vaccinazione per via endovenosa, che richiede un solo innesto e permette un inestimabile guadagno di tempo nella preparazione sanitaria dell'esercito conferendo l'immunità in capo a dieci giorni. Auguriamo perciò che l'Autorità sanitaria militare voglia in qualche corpo d'armata introdurre la vaccinazione per via endovenasa.

T. LEGNAMI. *Medicazione compressiva mediante sutura nelle operazioni di ernia.* — Tenuto conto che negli operati d'ernia inguinale non sempre si riescce ad evitare la formazione di ematomi sottocutanei, nè coll'emostasi la più accurata, nè con una fasciatura compressiva; nell'intento di togliere qualsiasi spazio vuoto in seno alla ferita, l'A. sutura insieme con tre o quattro punti in seta, pelle, connetttivo sottocutaneo, e aponeurosi del grande obliquo. Detti punti vengono messi in posto prima di chiudere il canale inguinale e vanno allacciati ad operazione finita, non sulla pelle ma sopra una grossa striscia di garza. Volendo poi coprire anche i fori dei fili occorrerà coll'ago attraversare anche la garza, la quale tutto all'intorno verrà allacciata alla pelle con mastice al benzolo (Mariani, « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche », numero 5, 1915). L'aggiunta di un foglio di guttaperca e di una compressa di garza, da fissarsi entrambi alla pelle collo stesso mastice, servirà nei bambini a proteggere la medicatura dalla urina.

Interessante e pratica pubblicazione:

Dott. ELIO FABBRI

GUIDA ALL'ESAME DELL'INFORTUNATO

(Manuale di Semeiotica Speciale)

Un volume di 164 pag., in-16°, con tavole fuori testo.

I nostri associati che desiderano provvedersi di questo utile manualetto, lo riceveranno prontamente spedendo alla nostra Amministrazione sole L. 2.25 mediante cartolina-vaglia, la quale dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. Enrico Morelli, via del Tritone, 46 - Roma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La pleurite interlobare.

La porzione interlobare della pleura è una delle più importanti, potendo esser sede di flogosi di notevole interesse, sulle quali lo Chauffard ha tenuto recentemente una lezione (*Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, n. 130, 1914).

Il decorso delle scissure interlobari è il seguente, riportato sulla parete toracica:

a destra la scissura parte all'indietro a livello della IV costa e termina in avanti a livello dell'VIII; nella regione ascellare si biforca ed invia in avanti un'altra scissura che termina a livello dell'inserzione sternale della IV costa;

a sinistra la scissura parte dal IV spazio all'indietro per terminare al VII spazio in avanti.

Queste condizioni normali vengono modificate quando esistano pleuriti interlobari con relativo versamento.

Per svilupparsi questo versamento deve precedere la sinfisi delle labbra della scissura: il liquido così incistato è scarso ma sotto forte tensione, ed è assai vicino all'ilo polmonare, per cui si spiega la facilità sia delle infezioni aerogene, sia delle evacuazioni attraverso i bronchi.

La situazione del processo rende difficile l'investigazione. Secondo Dieulafoy dapprincipio la sintomatologia è quasi esclusivamente polmonare: più tardi il versamento pleurico si rivela colla comparsa dell'ottusità sospesa, fatta da una zona ottusa fra due zone risonanti, la quale zona è assai bene rilevabile coi raggi Röntgen.

Non sempre però le cose sono così semplici; possono esservi casi (e lo Chauffard ne riporta due interessanti) nei quali si hanno i segni di un versamento pleurico libero alle basi oppure gli ammalati si presentano quando è già avvenuta la rottura ed il parziale mutamento nei bronchi.

Dieulafoy, come già Trousseau, ha insistito sul fatto che la vomica si produce in un'epoca quasi fissa fra il 18° e il 30° giorno. Un altro sintoma viene ad esso ricordato, ed è la fetidità dell'alito che precede l'espettorazione fetida, ed è avvertita sovente dall'ammalato stesso.

La vomica della pleurite interlobare è generalmente scarsa e si ripete più volte (espettorazione frammentata di Dieulafoy); si tratta di una espettorazione purulenta, detta anche vomica nummulare, e il suo odore fetido è diverso da quello della cangrena, da cui si differenzia anche per l'inizio meno violento e l'assenza di fibre elastiche nell'espettorato.

Un altro segno sul quale il Dieulafoy ha insistito è quello delle emottisi. Sovente si ha piopneumotorace.

Alcune volte accanto alle raccolte pleuriche interlobari esiste anche raccolta nella grande cavità (pleurite polimorfa di Galliard). Per questa e per altre ragioni, che comprimono e rendono atelettasico il polmone, si hanno modificazioni dell'opacità toracica sospesa.

La prognosi delle pleuriti interlobari sierose è benevola, e non bisogna essere frettolosi, potendosi verificare la guarigione spontanea per evacuazione bronchiale, quantunque dopo questa Sergent abbia constatato ricadute gravi.

Differenti sono la prognosi e la terapia quando esiste espettorato fetido: allora bisogna intervenire chirurgicamente, eseguire la toracotomia senza perder tempo e drenare ampiamente la cavità interlobare. È una risorsa che lascia molto a desiderare, ma a cui bisogna ricorrere nell'assoluta mancanza di meglio.

Alcuni consigliano di tentar prima le iniezioni endobronchiali di olio gomenolato forte, che nelle mani di Guisez e dello stesso A. han dato buoni risultati: ma queste iniezioni se riescono effettivamente utili nella cangrena polmonare e nelle bronchiti fetide, hanno poca speranza di raggiungere negli altri casi la raccolta putrida interlobare. G. SABATINI.

Le pleuriti dei sifilitici.

La sifilide allarga ogni giorno i suoi confini nel campo della patologia, ma nondimeno alcune localizzazioni, e fra esse quelle pleuriche, restano rare e finanche discusse.

Se è abbastanza frequente riscontrare una pleurite in un sifilitico, è tuttavia relativamente raro poter affermare che questa pleurite è di natura sifilitica; donde la ragione del titolo che Bielet (*Gaz. des hôp.*, n. 77, 1914) dà alla sua rivista sintetica, in gran parte tratta dai lavori di Beauvepaire, Blanchés, Amandrut, ecc.

Le pleuriti si osservano durante il corso della sifilide secondaria, della terziaria e dell'eredo-sifilide, e per queste due ultime non è difficile riconoscere la loro etiologia, complicando generalmente lesioni terziarie del polmone.

Quando le note lesioni sifilitiche del polmone dovute a lue terziaria od ereditaria attaccano porzioni del parenchima vicine alla sovrastante

pleura possono determinare reazioni flogistiche di questa sierosa.

Nella sifilide ereditaria del polmone (forma sclero-gommosa, polmonite bianca del neonato) sono stati descritti ispessimenti pleurali con formazione di false membrane e anche versamento. Eguali reperti anatomopatologici (soprattutto caratteristici per il notevole ispessimento della sierosa) si hanno nelle forme terziarie di lue polmonare: il versamento liquido citrino, siero-sanguinolento o siero-purulento, è generalmente di media intensità.

Ma oltre che dal polmone, la pleura può essere raggiunta ed invasa da lesioni sifilitiche terziarie sclero-gommose partenti dal fegato, attraverso il diaframma, dal miocardio, dal connettivo periaortico, dal periostio costale.

Clinicamente queste lesioni pleuriche terziarie rimangono sovente mute, e si riscontrano soltanto all'autopsia: tutto al più si rivelano con qualcuno dei noti segni della pleurite secca od essudativa, ma difficilmente si ha il quadro conclamato di una pleurite, la quale domini la scena: sono registrati nondimeno dei casi, ove con la toracentesi furono estratti fino a 1200 gr. di liquido, e si vide poi guarire la pleurite colla terapia mercuriale.

In questi casi, in cui esistono lesioni luetiche terziarie in organi prossimi alla pleura, la natura della pleurite resta indiscutibile: ma non può dirsi altrettanto nel caso contrario, quando si dovrebbe fare diagnosi di pleurite sifilitica primitiva.

Siffatte pleuriti sono state segnalate nella lue terziaria solo 7 volte (di cui una sotto la forma secca); in tutti i casi la sintomatologia era quella precisa della pleurite, il liquido estratto alcune volte ha dato Wassermann positiva, esistevano sovente altre lesioni sifilitiche, la cura specifica ora ha giovato ora no.

Le pleuriti del periodo secondario della sifilide sono più frequenti e più interessanti, quantunque Beaurepaire si rifiuti di ammetterle finchè non sarà dimostrato il treponema nell'essudato, e Landouzy sostenga che si tratti di pleuriti tubercolari su un fondo sifilitico. Ma non si può negare che alcune volte si assistè alla medesima evoluzione della roseola e del versamento pleurico.

La pleurite sifilitica secondaria si manifesta in individui che hanno manifestazioni cutanee e mucose secondarie, generalmente gravi per la estensione ed il numero di organi presi. Clinicamente può rivelarsi appena con una leggiera ottusità alle basi polmonari con riduzione del murmure, i quali segni si dileguano in un paio di settimane; oppure può aversi il quadro patologico di una pleurite secca; oppure infine possono manifestarsi tutti i sintomi di un versamento pleurico comune.

Blancés addita i seguenti caratteri per la pleuro-sifilide secondaria: andamento clinico un po' speciale con modico versamento, stato generale soddisfacente, evoluzione rapida e *restitutio ad integrum* della pleura; col liquido pleurico non si tubercolizza la cavia; eosinofilia abbondante e persistente nell'essudato (scarso o nessun valore ha la reazione di Wassermann positiva nel liquido del versamento).

In alcuni casi sifilide e tubercolosi si sommano, ed allora, oltre ai segni fisici di una lesione tubercolare del polmone, si vede che il liquido pleurico infetta la cavia e contiene molti linfociti, nonchè si rinvengono i bacilli di Koch nell'espettorato (specie con l'omogeneizzazione).

Il Sergent ha studiato lungamente i rapporti fra sifilide e tubercolosi, ed ha visto come spesso la prima risvegli la seconda quando è latente: così si spiegherebbe come la sifilide quando invade l'organismo (periodo secondario) determini la esplosione di un processo tubercolare latente, con la sua manifestazione più comune: la pleurite.

Ma se questi sono i casi più comuni di pleurite nella lue secondaria, bisogna, secondo Amandrut, ammettere che possono esistere anche pleuro-sifilidi secondarie vere, quando l'evoluzione delle manifestazioni pleuriche e cutanee è identica, ed i malati, studiati bene ed a lungo, portino ad escludere la bacillosi.

La prova più convincente (che però manca ancora) della esistenza della pleurite sifilitica secondaria sarebbe data dalla Wassermann positiva nell'essudato pleurico e negativa nel sangue, indicando essa allora un processo sifilitico locale in evoluzione, analogamente a quanto è stato visto nella paralisi progressiva, ove si è trovata la reazione di Wassermann positiva nel liquido cefalo-rachidiano e negativa nel sangue

G. SABATINI

TERAPIA.

Il trattamento profilattico delle ferite con la tintura di iodio.

Riportiamo le norme diramate dalla Sanità militare francese sull'impiego della tintura di iodio quale mezzo di profilassi contro l'infezione delle ferite.

a) *Che cosa si deve fare*:

1° La ferita dev'essere trattata il più presto possibile con la tintura, essendo questa tanto più efficace quanto più rapidamente viene applicata ed avendo essa più valore profilattico che curativo.

2° La ferita sarà medicata senza frizioni, evitando di passare il medicamento più volte sullo stesso posto. Un solo strato di tintura è sufficiente. Il tampone deve penetrare nell'anfrattuosità della ferita, ma si devono evitare con cura gli accumuli di tintura nelle parti declivi.

3° La medicazione dovrà comprendere tutta la ferita e la zona periferica.

Sarà bene rendere la medicazione amovibile non soltanto con fasce, ma se possibile con garza o meglio fissandone gli orli con un liquido adesivo (agglutinol).

4° Nella medicazione si adopereranno solo compresse asettiche.

5° L'uso della tintura di iodio su di una ferita si farà ad intervalli di tempo: ad es. il 1°, 2°, 5° e 8° giorno. Medicazioni troppo frequenti determinano eritemi dolorosi.

6° Si eviteranno le parti troppo delicate e particolarmente l'occhio. La congiuntiva e la cornea possono essere seriamente danneggiate dalla tintura.

7° Si useranno solo tinture fresche, come quelle preparate estemporaneamente con le compresse del commercio, o tinture inalterabili (iodurate o boraciche) (*).

8° Si lascerà evaporare la tintura nelle parti toccate, prima di ultimare la medicazione.

9° Si diminuirà il bruciore favorendo con la agitazione dell'aria l'evaporazione della tintura.

b) *Che cosa si deve evitare*:

1° Si eviterà ogni preliminare lavatura della ferita con liquidi (in ispecie con acqua ossigenata, sublimato, ecc.), che da un lato idratando i tessuti diminuiscono l'azione della tintura, dall'altro possono dar luogo a combinazioni irritanti e dannose. La tintura di iodio sarà applicata sulla pelle dopo una semplice pulizia a secco della ferita, operata con un tampone sterile, mediante il quale si asporteranno il sangue ed i corpi estranei dalla ferita.

2° Non si usino tinture di iodio vecchie, le quali, per il fatto di contenere acido iodidrico, sono irritanti; si diffidi di tutte le boccette mal chiuse, o così fatte da facilitare la evaporazione dell'alcool e quindi una pericolosa precipitazione e l'accumulo sul fondo dello iodio.

3° Non si copra la parte trattata con compresse umide o bagnate di antisettici (in specie di sublimato): si corre il rischio di produrre irritazioni gravi.

4° Se la ferita è in una zona con peli, si eviterà l'uso del rasoio e si preferirà adoperare le forbici o la tosatrice.

(*) Suggeriamo la tintura di iodio, veramente inalterabile, allestita secondo la formola Gaglio, cioè contenente l'1 % di acido iodico. (*N. d. R.*).

5° Si eviterà di polverizzare la tintura sulla ferita e sopratutto di impregnare di tintura le compresse, il che farebbe insorgere pericoli gravi per i tessuti. R. B.

Preparazione estemporanea di una soluzione cloro-sodica per iniezioni.

La diffusione assunta dalla pratica delle iniezioni endovenose, porta spesso al bisogno di disporre di soluzioni fisiologiche (0.9 %) di cloruro sodico, le quali offrano tutte le garanzie di assoluta sterilità. Tali soluzioni sogliono prepararsi aggiungendo ad acqua recentemente distillata, il sale chimicamente puro, e sterilizzando all'autoclave la soluzione ottenuta.

Da oltre due anni invece nella Clinica dermatologia di Friburgo, a quanto riferisce Taege sulla *Münch. med. Woch.*, viene preparata la soluzione mediante acqua di fonte, senza sterilizzarla al calore, ma acidificandola prima con HCl e neutralizzandola poi con liscivia sodica.

Il metodo è basato sul fatto che un'acqua comune, anche ricca di germi, in specie se bollente, può essere ben presto resa sterile con la aggiunta di acido cloridrico; per ottenere una soluzione corrispondente alla soluzione fisiologica di NaCl, dovranno aggiungersi 2 gm. della soluzione officinale di acido cloridrico (*) a 100 cmc. di acqua, la quale, così acidificata, si mantiene sterile per un tempo indefinito. Vi si versa poi qualche goccia di soluzione alcoolica di fenolftaleina e si neutralizza con liscivia sodica fino alla comparsa del colore rosso.

Il metodo sarebbe in modo speciale utilissimo, a quanto afferma l'A., per preparare le soluzioni di salvarsan destinate ad essere iniettate entro le vene: a 100 cmc. di acqua, si possono aggiungere 2 gm. di acido cloridrico medicinale (*); alla soluzione, dopo averla riscaldata fino ad ebollizione e quindi raffreddata fino a 37°, si aggiunge il salvarsan — che si scioglie completamente — e una minima traccia di fenolftaleina; continuando ad agitare, vi si versa la soluzione diluita di soda caustica a gocce.

Qualora l'acqua di fonte fosse molto ricca di sali di calcio, di magnesio, di manganese, di ferro, basterà aggiungervi un po' di fenolftaleina e poi la liscivia sodica fino ad ottenere la colorazione rossa. Fatta quindi bollire la soluzione per cinque minuti, viene lasciato in riposo fino al giorno seguente e mercè la filtrazione si elimina il sedimento costituito dagli idrossidi. Si procede poi nel modo già indicato.

Il metodo si presterebbe anche sul campo. N.

(*) Siccome la soluzione officinale preparata secondo la nostra Farmacopea è più debole, ne occorrerebbero 3 cmc. (*N. d. R.*).

POSTA DEGLI ABBONATI.

(486) *Cura di uretrite cronica.* — Cosa consiglierebbe di pratico e di veramente efficace (se è possibile!) lo specialista in un caso di uretrite cronica che non dà segni di uretrite posteriore, che si protrae da circa otto mesi e che non si è giovata dei comuni rimedi esposti nei trattati (p. es. Struemphell) e che però torna in uno stadio sub-acuto non appena si sospendono le irrigazioni di permanganato? Dopo otto mesi di inutili irrigazioni si potrebbe tentare il sondaggio colle Beniqué. La facile tendenza a riacutizzarsi della uretrite se lasciata a sè stessa malgrado l'osservazione di tutte le regole igieniche consigliate dai libri, potrebbe essere una controindicazione?

Gradirei sollecita risposta. Grazie.

Abb. 6763.

Occorre anzi tutto stabilire se nell'essudato si trovino ancora gonococchi e cellule di pus. In questo caso darei la preferenza ai sali di argento (nitrato, protargolo, ecc.), il cui uso prolungherei sino a quando non fossero scomparsi del tutto i gonococchi e le cellule purulente o queste ultime fossero ridotte ai minimi termini. Anche le iniezioni di sali di chinina, precedute dalle irrigazioni di permanganato, sono raccomandabili.

Se i gonococchi sono scomparsi dall'essudato uretrale ed in questo prevalgono il muco e gli epitelii è preferibile l'uso di preparati così detti astringenti (solfato di zinco, allume, ecc.).

Sarà bene accertarsi in ogni modo se esista, o pur no, una uretrite posteriore (facendo orinare l'infermo in un bicchiere a calice, dopo aver ben lavato l'uretra anteriore, osservando se le prime urine contengano o no filamenti e procedendo, nell'affermativa, all'esame microscopico dei filamenti stessi) e una prostatite.

L'uso delle sonde metalliche è consigliabile nel caso in cui l'essudato sia privo di gonococchi e di cellule purulente o almeno se queste non prevalgono sugli epitelii ed il muco, e sarà sempre subordinato alla tolleranza del malato.

V. MONTESANO.

(487) *Sulla splenomegalia malarica.* — Si compiaccia indicarmi nella «Posta degli abbonati» se esiste differenza fra l'ingrossamento di milza da malaria a quello da ileotifo. E cioè se risponde veramente all'osservazione clinica il fatto che il tumore di milza nella malaria si esplichi nel diametro longitudinale, mentre nel tifo interessi il diametro trasverso.

I comuni trattati di patologia e diagnostica medica non facendo di tale distinzione alcun cenno, ove potrei trovare qualche cosa inerente all'argomento?

Ossequii e ringraziamenti.

Dott. Carlo Corsi. Abb. 4177.

La diagnosi differenziale può ammettersi per i modici, acuti, ingrossamenti di milza. In realtà quello da malaria è piuttosto allungato e con la parte inferiore un po' conica, quello da febbre tifoide piuttosto slargato. Il criterio non ha valore diagnostico assoluto.

A.

(488) Sarò grato se vorrà dirmi quale sia il migliore mezzo per la *riammissione degli scolari alle scuole dopo la chiusura per epidemia di morbillo*, considerando che la maggioranza dei malati non ebbe assistenza medica.

Finalmarina (Genova).

Dott. Marco A. G. Ponziolo.

Bisognerebbe lasciare correre un periodo di circa venti giorni dall'inizio degli ultimi casi. Prendendo opportune informazioni è però possibile e consigliabile riaprire le scuole al più presto; basta tenere lontani i convalescenti più recenti. Oggi molti igienisti ritengono inutili tutte le misure di profilassi per il morbillo, che si diffonde ugualmente, malgrado esse siano adottate con rigore. Il quesito della apertura delle scuole deve essere considerato caso per caso e anche dai regolamenti vigenti è lasciato al parere dell'ufficiale sanitario, senza norme tassative.

g. s.

(489) Le sarei gratissimo se volesse darmi qualche notizia *sui moderni trattamenti del morbo di Basedow*, e principalmente se i preparati opoterapici (estratto di ghiandola tiroide, ovarica, ecc.) corrispondono al loro scopo.

Con mille ringraziamenti, mi creda suo devotissimo

Abbonato 6591.

Nel volume «le malattie delle glandole sanguigne» del Falta, edito dalla Società Libraria Milanese, già da noi recensito ed altra volta consigliato da queste colonne, potrà riscontrare quanto lei desidera. Scorrendo l'indice di queste ultime annate in articoli originali, sintetici e riassuntivi, pubblicati nella Sezione pratica» del *Policlinico*, sono compendiate notizie utili di terapia e le rispettive indicazioni bibliografiche: ci sarebbe impossibile in pochi tratti esaurire, sia pure schematicamente, i punti fondamentali del dibattuto problema.

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

B. BOCCI. *I primi teoremi di psicologia.* Un volume in-8° gr. di pag. 188. Siena, Stab. Tip. S. Bernardino, 1915.

In queste magnifiche pagine il fisiologo di Siena ci offre una felice associazione di scienza e di arte espositiva.

Il libro è inteso alla volgarizzazione; quindi la materia vi è svolta su basi elementari, con una fraseologia semplice accessibilissima a chi non si occupa di studi psicologici, mentre varie illustrazioni accrescono le attrattive della lettura.

Il Bocci analizza i fenomeni psichici fondamentali: i sogni, la psiche animale ed infantile, i riflessi del midollo allungato, le sensazioni, le percezioni, le emozioni, l'attenzione, l'istinto, il giudizio, la coscienza, la volontà, l'immaginazione, il talento, l'ingegno, il genio, l'ispirazione scientifica ed artistica, la dissoluzione e la morte della psiche.

Abbiamo riletto con speciale interesse le celebri esperienze dell'A. sulla proiezione delle immagini visive cerebrali nell'ambiente.

L'A. ha saputo superare un'ardua prova nel compiere questa sagace disamina delle attività psichiche cardinali. La sua esposizione è condotta con maestrìa somma e con metodo, per quanto non presuma di essere completa, nè ordinata.

Al bel lavoro auspichiamo cordialmente la diffusione che merita. E. M.

Prof. G. BRUNELLI. *La determinazione del sesso studiata nell'economia della specie.* 1 vol. in-8° gr. di pag. 54. Roma. Giovanni Bardi (Tipografia del Senato), 1915. Prezzo L. 2.

Con questa monografia s'inizia un'ardita e nobile intrapresa, la pubblicazione di una Biblioteca biologica.

Tra noi gli studi di biologia sono trascurati, appunto perchè difettano i lavori di volgarizzazione i quali portano a diffondere l'amore per questi studi. Gli editori non osano correre l'alea di pubblicazioni del genere, le quali difficilmente conquistano un largo pubblico di lettori.

Tanto maggiore ammirazione merita l'editore di questa raccolta, dott. Bardi.

Lo studio che presentiamo affronta il problema del sesso da un punto di vista definito: il rapporto numerico tra gl'individui dei due sessi nelle varie specie animali, in relazione con la prolificità. Il lavoro è condotto con fine accorgimento e giunge a conclusioni sobrie. R. B.

VARIA.

Le bombe asfissianti. — Il corrispondente del *British Medical Journal* scrive da Boulogne che il numero dei soldati avvelenati con i gas asfissianti adoperati dai tedeschi nelle frequenti battaglie presso Ypres è altissimo. Parecchi sono morti sul campo stesso della battaglia, molti dei più gravi sono rimasti ricoverati negli ospedali da campo, i più leggeri sono stati inviati negli ospedali territoriali e sopra tutto a Boulogne. Molti sono morti dopo qualche giorno di degenza ed all'autopsia si è trovata la laringe, compresa l'epiglottide, acutamente infiammata, la trachea fortemente irritata, i reni cianotici di un colore simile a quello che si trova nelle comuni asfissie. Il quadro clinico è quello di un'acuta bronco-polmonite e nei casi gravi quello di un edema polmonare.

Pare che il gas asfissiante sia sviluppato in speciali apparecchi e sia proiettato verso le trincee degli alleati a mezzo di tubi quando il vento soffia dalla parte dei tedeschi.

Esso appare nella forma di una nube giallo-bruna che si avanza lentamente strisciando sul suolo ed è facilmente visibile da grandi distanze.

Quando il gas raggiunge le trincee non molto diluito, produce ordinariamente asfissia. Ad ogni modo i primi fenomeni sono sempre un intenso bruciore agli occhi ed una tosse violenta.

Tutti questi fenomeni fanno ritenere che si tratti di cloro.

Le numerose autopsie eseguite dal dott. Haldane, mandato sul fronte appunto per accertare la natura del gas e cercare i mezzi di neutralizzarne gli effetti, hanno confermato che l'asfissia è dovuta ad una bronchite acutissima, e che il gas avvelenatore sia il cloro. I medici francesi invece ritengono che si tratti di bromo.

È molto probabile che siano usate ambedue le sostanze.

Ad ogni modo sia l'uno o l'altro alogeno, è certo che si può neutralizzarne gli effetti mediante gli alcalini, che come è noto, hanno una grande affinità con gli alogeni.

Le autorità inglesi si propongono di far proiettare dalle loro trincee una grande quantità di ammoniaca all'avvicinarsi del gas asfissiante, e di provvedere i soldati di una fialetta di ammoniaca o di una soluzione di bicarbonato di soda. Un fazzoletto imbevuto di queste soluzioni portato alle narici, alla bocca, sugli occhi, eviterebbe che il gas producesse la sua azione irritante sulle mucose.

DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ.

I figli della guerra.

La guerra attuale, la più grande, la più micidiale che la storia ricordi, ha anche in rapporto alla sua estensione, al numero dei combattenti il triste primato della crudeltà e della barbarie. La mancanza di una decisa predominanza da una parte o dall'altra, che ha condotto ad una noiosa estenuante lotta di trincea e di assedio ha fatto sì che mancassero quegli atti di generosità che rendono nobile il vincitore ed alleviano la sventura del vinto. Là dove uno degli avversarî è penetrato nel territorio nemico non è mancata ogni sorta di violenze. Violenze eseguite metodicamente, implacabilmente, rabbiosamente là dove la resistenza fu più forte, meno sospettata ed attesa.

La distruzione di intere città, gl'incendi di villaggi, l'uccisione di vecchi, di donne, d'infermi, la mutilazione di bambini sono stati permessi, autorizzati, comandati.

Le donne di Francia, del Belgio straziato, della Prussia orientale hanno dovuto subire lo amplesso selvaggio, sadico dei loro nemici, degli invasori, degli uccisori dei loro fratelli.

La storia dimostra come siano una triste fatalità della guerra questi eccessi sessuali dei soldati, la cui rabbia di uccidere scatenata dalla eccitazione della battaglia provoca un irrefrenabile eccitamento erotico. È un'inversione del sadismo nei suoi rapporti di causa ad effetto. In seguito all'esaltazione del combattimento la voluttà s'impone all'anima, come in senso inverso l'esaltazione della voluttà fa nascere in certi casi il desiderio della violenza e del sangue.

Nella guerra attuale questo fenomeno si è verificato largamente: donne di ogni condizione e di ogni età sono rimaste vittime di questa brutalità infame, vergini e spose talora sotto gli occhi dei genitori, dei fratelli, dei mariti sono state violentemente costrette all'amplesso di uomini pazzi di sangue e di distruzione.

Le monache hanno dato il maggior contributo di vittime. La mancanza di ogni difesa, il desiderio anche di offendere il sentimento religioso del nemico sono forse le ragioni di questa preferenza. E così quelle povere donne che avevano rinunziato volontariamente all'amore hanno dovuto subirlo nella forma la più brutale, la più disgustosa.

Non si sa ancora precisamente quante siano le donne violate, quante quelle rese incinte. Lo spirito di parte farà certo esagerare il loro numero, ma pare sicuro che esse siano parecchie centinaia: in un solo convento si sarebbero trovate centotrenta suore incinte.

La sorte di queste infelici è stata ampiamente discussa, e se ne è trattato nelle accademie ed anche nel Parlamento francese.

In un primo momento di sdegno molti gridarono alle donne: abortite! Ed il grido trovò eco nel Parlamento della Repubblica, dove fu proposto che fosse esonerato da ogni sanzione penale l'aborto provocato delle donne violate. « Il prodotto del delitto deve scomparire, afferma Henneguy; non si può lasciar vivere col nome di francese un relitto di una razza abborrita. L'aborto, come l'omicidio, è un delitto, ma uccidere un nemico sul campo di battaglia è glorioso; impedire di vedere la luce al frutto di un attentato criminoso è non solo lecito, ma necessario. Il medico dovrà dunque offrire senza esitare il suo intervento, come non esita a ricorrere all'embriotomia quando si tratta di salvare la madre... Se la donna ha partorito essa deve continuare a vivere sull'ignominia ed essere abbandonata, col suo bambino al nemico; questi ne farà ciò che gli pare e piace. Il tedesco potrà sposarla ed avrà una compagna degna di lui! »

Parole concitate e sdegnose, parole che non hanno una vibrazione di pietà per quelle donne violentate nel corpo dai nemici, ora violentate nell'anima dai fratelli.

Imporre l'aborto e abbandonare al disprezzo di tutti la donna che ubbidendo agli impulsi naturali della sua anima non vuol sopprimere la sua creatura non è men vile dell'atto del violentatore che pianta nelle carni della sua vittima un seme che darà un frutto non voluto, un frutto che col ricordo della infamia subìta le avvelenerà tutta la esistenza.

A vero dire la imposizione dell'aborto non ha trovato in Francia tutto quel numero di predicatori che lo stato passionale, l'odio contro il nemico avrebbe fatto sospettare.

La maggioranza degli intellettuali francesi si è dimostrata recisamente contraria ad ogni pratica abortiva per le donne rese incinte dai tedeschi. Ed il governo della repubblica ubbidendo a un sentimento di superiore umanità ha resistito ad ogni consiglio in tal senso ed ha invece stabilito che alle donne rese incinte dai tedeschi fosse garantita la segretezza del parto e la possibilità di separarsi dalle loro creature senza nessun danno nè per la madre, nè per i figli.

Le creature nate dalla violenza sarebbero allevate a cura dello Stato senza che esse sappiano mai la loro origine.

Saggio provvedimento che contempera i diritti del sentimento individuale e della nazione con quelli superiori dell'umanità.

Certo non deve meravigliare, come non ha meravigliato, che in Francia ci siano stati dei sostenitori dell'aborto delle donne rese incinte dai nemici; quel che mi meraviglia è che vi sia chi tra noi sostiene la tesi con argomenti scientifici.

Non faremo il torto al prof. Bossi di ritenere che egli si sia fatto a sangue freddo il banditore della crociata abortiva. I suoi precedenti, il modo col quale egli combatte la sua campagna, spiegano a sufficienza il suo atteggiamento.

A parte tutti quegli apriorismi teorici che riguardano le condizioni organiche della prole in rapporto allo stato psichico dei genitori al momento dell'amplesso, è certo che le condizioni sentimentali della madre durante la gestazione possono influire sinistramente sul prodotto del concepimento.

Ma se si dovesse perciò consigliare o imporre l'aborto, a quante altre donne si dovrebbe consentirlo? Non è egualmente penoso lo stato d'animo delle povere sedotte abbandonate nelle quali al sentimento dell'onta si aggiunge il sentimento del fallo e della vergogna, la paura di sapersi scoperte? Quante gestanti ora si trovano in vero stato di angoscia continua per avere i loro mariti, i loro figli sui campi di battaglia? Ah, prof. Bossi, se ad ogni donna dolorante noi dovessimo imporre o consentire l'aborto, l'umanità finirebbe ben presto!

Lasciamo fare la natura! Se per i continui patemi d'animo, per i continui traumi psichici queste donne abortiranno spontaneamente, lasciamole abortire.

Se qualcuna in un impeto di rabbia per l'onta patita procurerà l'aborto, non condanniamola. Ma non facciamo loro una necessità di una pratica criminosa. Uccidere il nemico sul campo di battaglia è glorioso, sta bene: ma si può considerar sempre nemico il figlio innocente ed inerme del nemico, un essere in cui c'è tanta parte di carne della donna violentata? È un campo di battaglia il ventre di una donna? Lasciamole al loro dolore, queste povere anime di donne, non incitiamole a pratiche, che per quanto asetticamente fatte possono sempre lasciare delle tracce nella loro salute.

Lasciamo che esse sole risolvano il terribile problema di sopprimere, affidare allo Stato, o allevare esse stesse il frutto della violenza patita.

In parecchie, prof. Bossi, il sentimento della natura, il sentimento prepotente della maternità prevarrà, ed esse alleveranno teneramente la carne della loro carne.

Silvina, una delle donne della *Débâcle* di Zola, l'amava il suo Carletto, il figlio della spia prussiana, l'amava per quanto più odiava il padre di lui, l'uomo che l'aveva posseduta con la frode e la violenza, il prussiano che con la sua immagine attraversava i suoi sogni d'amore col generoso sergente francese.

La guerra, l'abbominevole guerra che cambia tanta povera gente in belve, troppi odî ha seminati, troppe vite ha mietute perchè chi sempre ed in ogni occasione deve completa conservare la serenità della mente, lo scienziato, contribuisca a rinfocolare le passioni, a sopprimere nuove esistenze.

Lasciamola la predicazione dell'odio eterno fra i popoli ora in guerra.

Quando la pace sarà ritornata tra gli uomini, questi ritornati buoni non si odieranno, ma si compatiranno, e gli uni perdoneranno agli altri l'improvviso vento di follia che li ha resi brutali, feroci, che li ha fatto ritornare barbari. Essi ritroveranno nel ricordo degli orrori della guerra, la ragione e la convenienza della pace e dell'amore.

I figli della violenza, i figli della guerra saranno irriconoscibili tra le file dei trovatelli cui provvede lo Stato, o fioriranno rigogliosi all'ombra dell'amore delle loro madri, delle povere vittime della pazzia guerresca.

Queste donne che hanno il frutto dell'amore senza avere amato, che nella loro creatura avranno il ricordo continuo dell'onta patita, negli occhi dolci del figlio vedranno un giorno trasfigurata dolcemente l'immagine del pacifico contadino e dell'onesto operaio fatto dalla guerra violentatore, incendiario, omicida. Queste donne saranno rispettate ed amate: devono essere rispettate perchè furono violentate, devono essere amate perchè non hanno amato, perchè non possono amare senza un brivido di raccapriccio.

Dinanzi a queste donne vittime e testimoni perenni dell'infamia della guerra inchiniamoci come Raskolnikoff dinanzi a Sonia, e rispettiamo in esse l'immenso dolore umano .

G. DRAGOTTI.

Il fascicolo di maggio della nostra Sezione chirurgica conterrà i seguenti lavori:

1. Dott. M. MACCAGNO. *Contributo allo studio sperimentale dell'embolia grassosa.*
2. Dott. L. LONGO. *Le pseudo appendiciti.*
3. Dott. E. PIRONDINI. *La prova dell'azoturia come metodo di esame della funzione renale.*

In materia di sconfinamenti e di certificati d'infortunio.

L'Ordine dei medici di Padova ha votati i due seguenti ordini del giorno:

1° Il medico condotto, salvo i casi di urgenza, non deve per ragioni di delicatezza e di solidarietà sconfinare dal proprio riparto senza avvertire prima o dopo la visita il titolare della condotta invasa.

Lo sconfinamento è indecoroso e passibile di censura:

a) in ogni caso nel quale il medico che porta la propria attività nella condotta altrui accetta abbonamenti;

b) domanda un compenso inferiore od uguale alla tariffa minima e di eccezione adottata dal titolare;

c) nel caso in cui il cliente non ha pagato l'onorario dovuto al titolare;

d) in ogni caso ove il titolare è contrariato, perseguitato o vilipeso per fatti e ragioni di indole politica o religiosa.

2° L'assemblea dei medici dell'Ordine di Padova a proposito delle prestazioni mediche per infortuni, mentre richiama l'attenzione dei medici, degli operai, delle ditte e delle società assicuratrici sulla legge 31 gennaio 1914, n. 51, la quale (ove non sia istituito a spese del capo o esercente l'impresa, industria, ecc., un regolare servizio sanitario approvato dal prefetto) lascia piena libertà all'operaio di rivolgersi al medico di sua fiducia per la cura e per il rilascio dei certificati e pone a carico delle ditte assicurate e delle società assicuratrici la spesa della prima visita, della prima assistenza e dei certificati richiesti, non trova opportuno nè corretto che si segua il sistema dei *forfait* fatto da alcune società ai medici così detti fiduciari, tanto per l'assistenza e cura degli infortunati, quanto per la compilazione dei certificati; ed invita i medici a non accettare tali abbonamenti o a non rinnovarli, se eventualmente già fossero in corso, come quelli che vengono offerti ad esclusivo vantaggio delle società assicuratrici o delle ditte assicurate, dalle quali dovrà il medico esigere il relativo onorario caso per caso e adeguatamente al valore, alla modalità ed all'importanza dell'opera prestata, e mai con tariffe inferiori a quelle stabilite dal regolamento per i certificati ed a quelle in uso dai medici condotti per le singole prestazioni.

Per l'elenco dei poveri.

L'Ordine medico della provincia di Alessandria in sua assemblea del 29 marzo 1915;

accertato l'illecito uso che va estendendosi nei Comuni di allargare sempre più l'elenco dei poveri e di formare un doppio elenco, comprendendo in uno di essi persone aventi diritto al medico e ai medicinali e nell'altro persone aventi diritto al solo medico;

protestando vivamente contro questo provvedimento, ch'è contrario alla legge e che viene a sfruttare, senza alcun compenso, l'opera del medico, delibera di invitare:

1° ogni medico condotto ad insistere presso il suo Comune, per ottenere, come gli compete di diritto, di presenziare all'adunanza comunale, che ogni principio d'anno deve compilare il nuovo elenco dei poveri e di denunciare senz'altro gli elenchi troppo larghi ed ingiusti;

2° le autorità tutorie a voler richiamare i Comuni al preciso adempimento della legge obbligandoli stanziare nei rispettivi bilanci somma proporzionata al numero degli inscritti e a voler negare l'approvazione di elenchi troppo larghi e dimostrati menzogneri.

Per la preparazione civile. — Il presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Rovigo ha inviato una circolare ai colleghi in cui dice che, mentre ferve il patriottico lavoro di preparazione civile, anche l'Ordine deve dare per quanto è possibile il suo contributo, eliminando in specie le deficenze che, in caso di guerra, si determinerebbero nell'assistenza sanitaria a domicilio e proponendo i mezzi atti a sopperire alle eventuali mancanze.

Riforma di organico sanitario. — Il Consiglio Comunale di Milano ha approvato le seguenti riforme: Una nuova pianta organica per gli addetti ai servizi d'igiene e di assistenza sanitaria; un aumento di stipendio al medico dei pompieri; un nuovo Capitolato per l'Ispettorato di Assistenza Sanitaria, per i medici e le levatrici, abrogando il vecchio Capitolato della condotta, e portando le circoscrizioni mediche a 50 e le ostetriche a 30.

Medici condotti a convegno. — A Castellamare Golfo (Trapani) ebbe luogo un convegno di medici condotti della provincia. Tra gli ordini del giorno presentati ne segnaliamo uno del dott. Navarra, che ebbe l'approvazione della assemblea, invitante i colleghi a desistere per ora dalla richiesta di aumenti di stipendio, date le attuali condizioni di crisi economica che attraversa il nostro Paese.

Le vicende d'un medico condotto. — Il dottor Alcide Ferrari, unico in concorso per la condotta di Monterosi, dichiarato idoneo dalla Commissione speciale medica, non fu, come di legge, no-

minato dal Consiglio comunale, che anzi, nonostante l'ingiunzione in contrario delle autorità tutorie, non venne nemmeno convocato per dare evasione al provvedimento coattivo della Giunta provinciale.

Il sanitario pertanto iniziò giudizio per risarcimento di danni davanti l'autorità giudiziaria ordinaria, ma ora la prima sezione civile della Corte di merito ha dichiarato inammissibile la domanda perchè per la tutela dei proprî diritti ai medici-chirurgi è aperta la sola via amministrativa per la quale essi possano chiedere in conformità della loro legge speciale la riforma dei provvedimenti che reputano ingiusti.

RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

Medico condotto dichiarato dimissionario di ufficio - Abbandono del posto - Contestazione di addebiti.

L'atto con cui il commissario prefettizio dichiara di ufficio dimissionario il medico condotto equivale anche in riguardo ai mezzi di impugnativa a vero e proprio licenziamento. È legittimo motivo per dichiarare di ufficio dimissionario il medico condotto che con grave danno del pubblico interesse abbandona il suo ufficio chiedendo, non ostante legale diffida da parte del Comune, ripetuti congedi straordinarî ed allegando scusanti di malattia che servono a prolungare l'assenza dall'ufficio. Per la dichiarazione delle dimissioni non è necessario previamente sentire il Consiglio provinciale di sanità nè fare al medico alcuna contestazione di addebiti. (V Sezione del Consiglio di Stato 6 novembre 1914).

Siamo di accordo con la Sezione in quanto ha ritenuto legale la dichiarazione di dimissioni del medico condotto che non ostante i richiami, gli inviti e le diffide ricevute dal Comune, non si cura di riprendere servizio adducendo pretesti di infermità, che non esistano effettivamente o, pur esistendo, non sieno talmente gravi da impedirgli il proficuo esercizio professionale.

Nell'applicazione in concreto della massima bisogna, però, agire con molta cautela ed accortezza. Vi può essere, infatti, taluno che per fini privati o personale interesse, tenti con espedienti lasciare il servizio e riprenderlo a miglior tempo quando gli torni comodo, mantenendo nel frattempo il piede in due staffe, ma nella gran maggioranza dei casi il male, pur troppo, non è un pretesto ma una dura e reale verità che costringe il medico ad abbandonare per lungo periodo di tempo l'esercizio professionale ed a non poterlo riprendere a beneplacito del Comune, che con diffide fissa termini perentorii. In tali ultimi casi la dichiarazione delle dimissioni sarebbe non solo illegale, ma poco umana, imperciocchè priverebbe del posto chi non ha potuto, per effettiva fisica inabilità, raggiungere in tempo la propria residenza.

Ad ovviare tale inconveniente ed a conciliare la equità del principio stabilito dalla giurisprudenza in astratto con la possibilità di non giuste applicazioni in concreto, sarebbe, secondo noi, necessario non trascurare quelle guarentigie imposte dalla legge a salvaguardia dei diritti del medico condotto in caso di licenziamento. Epperò, anzichè fare a meno del parere del Consiglio provinciale di sanità e tralasciare la contestazione degli addebiti, occorre all'uno ed all'altro presidio ricorrere nei singoli casi, potendosi solo in tal modo giudicare, con sicura coscienza, se la infermità e la fisica impossibilità sieno state dal medico addotte per semplice pretesto od abbiano, invece, reale sussistenza.

Se il sanitario potrà provare di essere effettivamente infermo ed inabile al lavoro e se il Consiglio provinciale di sanità, corpo eminentemente tecnico e competente, si persuaderà della verità dell'asserto, perchè privare del posto chi ha, invece, diritto ai maggiori riguardi ed, in vista della sventura, al migliore possibile trattamento?

La contestazione dell'addebito e l'esame del Consiglio sanitario provinciale non possono nè debbono mancare. Mercè l'esperimento di tali guarentigie si può venire a capo della verità, e l'accertamento assoluto di questa è il presupposto giuridico indispensabile per l'adozione del provvedimento che è rigoroso nella sua essenza, pericoloso nella sua applicazione.

Doctor JUSTITIA.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5209) *Sessennii. Vacanza di un posto di titolare.* —Il Dott. P. C. da I. D. L. desidera conoscere da quale momento comincia a decorrere il sessennio, da quello, cioè, in cui assunse il servizio in qualità di interino o da quello in cui lo continuò in seguito a nomina regolare in base a concorso e se essendo rimasta vacante da molti anni una delle condotte del Comune egli possa pel maggior lavoro ottenere un indennizzo pel passato ed un aumento di stipendio per l'avvenire.

Il sessennio decorre dal giorno in cui ha assunto servizio a seguito della nomina conseguita

in base al concorso. Il servizio interinale non è computabile agli effetti del sessennio, tranne speciale patto in contrario contenuto nella capitolazione. Per il maggior servizio prestato a causa della vacanza della condotta e per quello che prevede dovrà anche in seguito prestare, qualora il Comune non intenda addivenire ad un equo aumento, anche transitorio, di stipendio invochi l'intervento di ufficio della Giunta provinciale amministrativa a' sensi dell'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

(5210) *Aumento di ufficio di stipendio da parte della G. P. A. - Ricorsi.* — Il Dott. T. T. da P. chiede conoscere se la G. P. A. dopo aver aumentato di ufficio l'assegno dell'ufficiale sanitario sia in obbligo di sentire nuovamente il Consiglio comunale e se il ricorso del Consiglio comunale contro il provvedimento tutorio diretto al Ministero dell'interno e non al Consiglio superiore di sanità possa essere preso in considerazione.

La G. P. A. allorchè, inteso il Consiglio comunale, procede di ufficio allo elevamento dello assegno dovuto all'ufficiale sanitario ai termini dell'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie, non ha obbligo, emesso il provvedimento, di sentire di bel nuovo il Consiglio comunale. Sul ricorso interposto avverso il provvedimento tutorio deciderà il Consiglio superiore di sanità, a cui sarà dal Ministero dell'interno trasmesso per ragione di competenza.

(5212) *Levatrice - Operazioni che è autorizzata di fare.* — Il Dott. abbonato 6875 chiede conoscere se la levatrice possa essere autorizzata a fare medicature nel collo dell'utero.

Non può la levatrice essere autorizzata a fare medicature nel collo dell'utero perchè dette medicature sono di spettanza del medico, che è fornito di regolare diploma per l'esercizio professionale.

(5213) *Residenza del medico - Abitazione.* — Il Dott. C. A. da C. desidera conoscere se dovendo per patto contrattuale risiedere nel Comune possa l'Amministrazione, in mancanza di abitazione conveniente, obbligarlo ad abitare una unica stanzetta disponibile solamente per pochi mesi.

L'obbligo della residenza deve essere integrato dalla possibilità materiale di adempierlo. Se nel Comune manca assolutamente una casa adatta, non è possibile obbligare il medico a stabilirsi in loco, nè tanto meno ad occupare una sola stanzetta, non libera per tutto l'anno. Se il medico ha famiglia ha diritto di convivere con la medesima e ciò non può evidentemente fare con una sola stanza. Se il Comune Le minaccia il licenziamento Ella deve salvaguardare i propri diritti notificando un atto legale alla Amministrazione con cui si dichiari pronto a trasferirsi sul posto appena gli sarà indicata una casa di abitazione confacente pei bisogni suoi e della famiglia.

(5214) *Cura piena - Obblighi di servizio.* — Al dott. F. S. S. da S. rispondiamo che il medico a cura piena è tenuto a prestare la propria assistenza anche ai forestieri che risiedono nel Comune temporaneamente, come agli ingegneri del catasto, operai addetti a lavori di costruzione, ecc. ecc. perchè anche essi pagano le tasse ed hanno diritto ai medesimi beneficii concessi ai naturali del luogo.

(5216) *Farmacie privilegiate - Distanza - Dislocazioni.* — Il Dott. C. S. da C. desidera conoscere se sia ammissibile il decreto prefettizio con cui si permette la dislocazione di una farmacia, con diritto a trentennio, approssimandola per oltre mille metri ad altra farmacia egualmente privilegiata per un ventennio.

Le farmacie privilegiate, riconosciute, a seconda dei casi, per un trentennio o per un ventennio, non hanno diritto di impedire il trasferimento in più prossima lacolità di una farmacia egualmene privilegiata. Esse hanno diritto alla esistenza per il tempo rispettivamente assegnato con deroga alle disposizioni contenute negli articoli 10 e 11 della legge 22 maggio 1913, n. 488, e possono impedire la apertura di nuove farmacie, che non sieno richieste da pubblica necessità in base alla popolazione, giusta il disposto dell'articolo 2 della legge medesima. Che se in luogo del criterio della popolazione si volesse tener conto di quello della distanza, anche ammesso dall'articolo 2, il decreto del Prefetto non sarebbe parimenti illegale perchè fra le due aziende intercederebbe sempre distanza superiore a 500 metri.

(5217) *Esenzioni di chiamata alle armi in caso di mobilitazione.* — Il Dott. D. G. da A. desidera conoscere se ed in forza di quale disposizione i medici condotti unici nei Comuni sono esenti dalla chiamata alle armi.

I medici condotti unici nei Comuni sono esentati dalla chiamata sotto le armi tanto in tempo di pace come in caso di guerra per effetto dell'articolo 1 lettera *q* del regolamento approvato con R. decreto del 13 aprile 1911, n. 374.

(5118) *Rilascio certificati a soci di sodalizii operai.* — Al dott. U. D. C. da C. S. C. rispondiamo che stando ai precisi termini in cui è redatto l'artcolo 5 del capitolato non ha obbligo di rilasciare i certificati richiesti per ammissione e per sussidii ai soci del locale sodalizio operaio di mutuo soccorso. Tutto al più può rilasciare gratuitamente i detti certificati a co-

loro che sono inscritti nell'elenco dei poveri. Per gli altri occorre che ognuno paghi il suo, a norma delle consuetudini in vigore nel Comune.

(5220) *Disdetta fuori termine - Ricorsi.* — Il Dott. A. C. da S. M. B. desidera conoscere a chi debba ricorrere contro la disdetta datagli dal Comune venticinque giorni prima dell'acquisto della stabilità.

Il licenziamento per fine di ferma deve essere deliberato almeno tre mesi prima che si compia il biennio di prova. Essendo prossimo a scadere il biennio, la disdetta data non conta ed Ella è già virtualmente stabile. Non crediamo che il licenziamento si sia voluto infliggere per giustificati motivi dopo acquistata la stabilità, perchè in tal caso avrebbero dovuto essere contestati gli addebiti, locchè, come Ella dice, non è avvenuto. Secondo la giurisprudenza prevalente, contro il licenziamento per fine di ferma devesi proporre ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato, adducendo la commessa violazione di legge, per mancata osservanza del termine di tre mesi. Potrebbe anche adire l'ordinaria autorità giudiziaria qualora non l'annullamento dell'atto, ma si intendesse chiedere gli effetti di esso in riguardo al rifacimento dei danni materiali e morali prodotti.

(5221) *Denunzia di aborti.* — Il Dott. Alfa da R. desidera sapere quale condotta deve tenere il medico di fronte all'autorità giudiziaria dopo aver assistito una donna per aborto criminoso o no.

Allorchè il medico può rilevare dai sintomi e dal decorso, che l'aborto non è sicuramente naturale ma può essere il compendio di un delitto commesso contro la persona, deve denunziare il fatto delittuoso, anche semplicemente sospetto, alla autorità giudiziaria.

(5222) *Supplenza reciproca - Capitolato - Incompatibilità dell'ufficiale sanitario con la carica di membro di Opere pie.* — Il Dott. L. A. da C. desidera conoscere se sia obbligato alla supplenza gratuita del collega dal momento che il nuovo capitolato, redatto nel 1911, non conferma tale obbligo, a differenza di quello che era in vigore e che fu approvato nel 1903, e se sia effettivamente legale che l'ufficiale sanitario non possa ricoprire la carica di membro di Opere pie.

Se il nuovo capitolato non riporta la disposizione di quello approvato nel 1903 a riguardo della supplenza gratuita fra i colleghi delle due condotte, dobbiamo ritenere che siasi inteso revocare l'obbligo relativo, perchè altrimenti di esso si sarebbe parlato. Bisognerebbe, però, tener conto della deliberazione consiliare con la quale fu approvato il capitolato e ciò per rilevare se il Consiglio comunale intese realmente ed effettivamente esonerare i sanitari condotti da un obbligo molto penoso. L'articolo 10 del regolamento per la esecuzione della legge sulle Opere pie esclude dal far parte delle Commissioni amministrative di esse tutti gli impiegati amministrativi addetti al Comune. Or poichè non pare che l'ufficiale sanitario possa essere ritenuto impiegato amministrativo, essendo egli, per converso, eminentemente tecnico, la di lui ammissione nei corpi amministrativi di Opere pie non dovrebbe essere contrastata. La giurisprudenza, finora, è però prevalentemente contraria alla tesi che sosteniamo.

(5224) *Servizio medico in tempo di guerra - Ospedale - Croce Rossa.* — Il Dott. G. C. da S. desidera conoscere se il medico alla dipendenza di un ospedale autonomo conservi, se chiamato sotto le armi per servizio di guerra o della Croce Rossa, il posto e lo stipendio.

Per i medici alla dipendenza delle amministrazioni ospedaliere si applicano, per identità di posizione giuridica, le stesse norme stabilite pei medici condotti. In caso di chiamata sotto le armi per servizio di guerra, il posto e lo stipendio Le saranno conservati, perchè l'impiegato che è chiamato sotto le armi in tempo di guerra è considerato come in congedo per ogni effetto di legge. Lo stesso concetto si applica in caso di chiamata sotto le armi da parte dei reparti regionali della Croce Rossa.

(5225) *Incompatibilità dell'ufficiale sanitario a coprire il posto di presidente o di membro delle locali Opere pie.* — Al Dott. G. C. da S. E. d'A. che ci interpella su tale argomento rispondiamo che effettivamente la giurisprudenza ha ritenuto, e ritiene ancora, che l'ufficiale sanitario non sia eleggibile alla carica di presidente o membro delle locali Opere pie. Abbiamo noi, invece, fatto rilevare come di fronte al disposto dell'art. 10 del regolamento che impedisce la nomina a detti posti ai soli impiegati addetti ad uno degli ufficii amministrativi del Comune, possa l'ufficiale sanitario ritenersi eleggibile perchè egli esercita un ufficio eminentemente tecnico. È pure da tener presente che le disposizioni che limitano la capacità e lo stato giuridico delle persone non possono essere interpretate largamente, per modo da comprendere nel divieto una categoria di individui che hanno, per converso, tutti i titoli ed i requisiti necessarii per conseguire la nomina.

(5226) *Dimissioni - Modalità e termini per rassegnarle.* — Il Dott. G. R. da C. desidera conoscere: 1° Quanto tempo prima deve avvertire il Sindaco per lasciare il servizio non avendo alcun capitolato; 2° Se può usufruire del mese

di congedo prima di lasciare il servizio; 3° Se per concorrere ad un altro posto occorra dimettersi prima da quello che si occupa; 4° A chi si deve rivolgere per avere compilato un capitolato ove il Consiglio si neghi di compilarlo; 5° Se si può costringere un Comune a concedere aumenti sessennali e se l'autorità tutoria può obbligarlo a concederli, e 6° quale trattamento può pretendere dal Comune in caso di mobilitazione.

In mancanza di speciali disposizioni contenute nel capitolato basta rassegnare le dimissioni un congruo tempo prima di abbandonare il servizio e ciò per mettere in grado il Comune di provvedersi, almeno, di un interino. Circa l'entità del tempo occorre tener presente le consuetudini locali.

Nulla si oppone a che prima di rassegnare le dimissioni chieda ed usufruisca del mese di congedo. Per concorrere ad un altro posto non occorre dimettersi prima da quello che si possiede. Per ottenere il capitolato che manca tuttora bisogna rivolgere premure alla G. P. A. la quale, in caso di oscitanza della rappresentanza municipale, può anche provvedere di ufficio. Non è possibile costringere il Comune a concedere aumenti sessennali perchè si tratta di onere facoltativo, che non gli può essere imposto da alcuna autorità. Il medico condotto chiamato sotto le armi in tempo di guerra è considerato come in congedo per ogni effetto di legge.

(5228) *Sostituzione di un collega medico condotto sospeso - Divergenze fra il capitolato di onere ed il regolamento degli impiegati e salariati comunali.* — Il Dott. R. M. da C. avendo per capitolato l'obbligo di supplire gratuitamente il collega della seconda sezione in caso di malattia o di congedo, desidera conoscere se identico obbligo esista anche per assenze derivanti da sospensioni. Desidera anche conoscere se essendo equiparato in quanto a misure disciplinari agli altri impiegati e salariati comunali possa, al pari di questi, conseguire il diritto al sessennio, l'esonero dalla R. M. ed altre consimili facilitazioni.

Stando ai precisi termini del capitolato Ella non ha obbligo di sostituire gratuitamente il collega in caso di sospensione dalla carica. È, infatti, evidente che l'assenza per sospensione non ha nulla da vedere con quella determinata dall'annuale congedo o da infermità. I rapporti giuridici fra medico condotto e Comune sono determinati dal capitolato, che forma legge fra le parti. In esso trovano posto tutte le disposizioni che interessano la carriera del medico, come l'acquisto o meno dei sessennii o dei quinquennii, l'ammontare iniziale dello stipendio, l'esenzione dal pagamento della R. M. o della quota contributo Monte Pensione. Al medico condotto ed a tutti gli altri impiegati tecnici, che sono regolati da capitolati di onere speciali, non è applicabile, quindi, il regolamento redatto per gli impiegati e salariati in genere. Per ottenere il compenso che Le compete per la indebita supplenza del collega, può, in caso di rifiuto da parte del Comune, adire l'autorità giudiziaria.

(5229) *Ricchezza mobile - Contributo Cassa pensioni - Se il Consiglio comunale può concedere la stabilità contando il servizio prestato in via provvisoria.* — Il Dott. F. M. da G. desidera conoscere se durante la nomina provvisoria a medico condotto si sia obbligati a pagare la ricchezza mobile sullo stipendio, se si debba pagare il contributo alla Cassa di previdenza e se il Consiglio comunale può concedere la stabilità contando il servizio prestato in via provvisoria.

Sullo stipendio che si percepisce durante il servizio provvisorio di medico condotto è dovuta la tassa di R. M. Se dagli anni di servizio provvisorio si intende trar profitto per la determinazione dell'epoca in cui sarà acquisito il diritto alla pensione, deve durante i medesimi, sopportare il pagamento del relativo contributo nei modi che saranno determinati dal regolamento che non è ancora stato approvato. La stabilità non è proclamata con deliberazione del Consiglio comunale, ma si acquista di diritto col decorso di due anni di prova. Nel biennio di prova sono computati, in conformità di quanto ha oramai costantemente affermato la giurisprudenza, anche i servizii interinali o provvisorii.

(5231) *Ufficiale sanitario - Presidenza effettiva od onoraria di sodalizii operai.* — Al Dott. L. F. da A. rispondiamo che legalmente nulla si oppone a che l'ufficiale sanitario accetti il posto di presidente effettivo ed onorario di sodalizii operai. Spetta a lui considerare se il fine che si propone di conseguire il sodalizio o la propaganda amministrativa che si intende eseguire sieno confacenti con il posto che si occupa, posto che mentre si consegue mediante decreto prefettizio è pur sempre messo alla dipendenza del Sindaco e della amministrazione municipale.

(5232) *Licenziamento del medico condotto stabile - Difetto di udito.* — Il Dott. A. S. da B. desidera conoscere se sia valido il licenziamento di un medico condotto stabile votato in seconda convocazione con 7 voti favorevoli e 6 contrari su 15 consiglieri assegnati al Comune e se il fatto della diminuzione del senso dell'udito può costituire giustificato motivo di licenziamento di un medico stabile.

La deliberazione del Consiglio comunale con cui si licenzia il medico condotto stabile è validamente presa col voto favorevole di 7 consiglieri contro 6 contrarii su 15 assegnati al Comune. Potrebbe essere invece il provvedimento impugnato per non essersi contestati al sanitario in iscritto i motivi del licenziamento e per non essere stato il medesimo invitato a presentare le proprie giustificazioni in un termine non minore di quindici giorni.

Produca ricorso alla Giunta provinciale amministrativa, che deciderà previo parere del Consiglio provinciale sanitario.

Se il difetto uditivo rasenti la sordità, può essere ritenuto come motivo di licenziamento di un medico condotto, ancorchè stabile, giacchè, come è risaputo, l'udito è uno dei principali requisiti che deve possedere chiunque eserciti professione sanitaria.

(5234) *Medici di ospedali italiani all'estero - Nomina - Concorsi.* — Al Dott. abbonato 4801 rispondiamo che per la nomina dei medici di ospedali italiani all'estero non si seguono le norme stabilite per i medici condotti. Anche per essi si bandisce ordinariamente un concorso e tal volta è questo ristretto ai soli sanitarii di grado inferiore prestanti servizio nel nosocomio medesimo.

(5235) *Mobilitazione - Esenzione dalla chiamata - Nomina ad ufficiale medico di complemento.* — Il Dott. A. A. da C. desidera conoscere se un medico condotto di una città dove ne esistono altri possa essere esentato dal servizio militare in caso di mobilitazione e se essendo un condottato soldato di terza categoria, che non ha mai prestato servizio, possa ottenere la nomina ad ufficiale medico di complemento al momento del richiamo.

In virtù dell'articolo 1 del regolamento approvato con decreto reale del 13 aprile 1911 nei Comuni che hanno due o più medici condotti possono essere dispensati dalla chiamata tanti di essi quanti ne occorrono perchè, tenuto calcolo di quelli non obbligati a presentarsi alle armi, ne rimanga un solo se il Comune ha popolazione minore di 5000 abitanti, due se il Comune ha popolazione fra i 5000 ed i 15000 abitanti e per tutti gli altri di maggiore popolazione due medici per i primi 15000 abitanti ed uno per ogni 20000 abitanti eccedenti i primi 15000. Un recente decreto reale dà facoltà al Ministero della guerra di nominare fino al 31 dicembre 1915 ufficiali di complemento del corpo sanitario militare i laureati in medicina e chirurgia ascritti alla 1ª, alla 2ª e 3ª categoria di età non superiore ai 40 anni. Agli ufficiali medici nominati in base a questa disposizione sarà assegnato il grado di sottotenente, tenente o capitano secondo norme che saranno stabilite in apposito decreto ministeriale.

(5237) *Servizio ostetrico.* — Al Dott. G. D. N. da P. rispondiamo che pel servizio prestato in luogo e vece della levatrice può chiedere al Comune una gratificazione. Non può parlare di compenso non avendolo mai chiesto per ben dieci anni, nè avendo mai fatto, all'uopo, rimostranze alla amministrazione.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALES (*Cagliari*). — Consorzio a condotta piena; L. 4500 lorde. Scadenza 20 maggio.

ARGENTA (*Ferrara*). — Condotta generalità 3500 poveri. Vi è aggregata una porzione del territorio del Comune di Alfonsine; L. 2148.58 dal Comune di Argenta e L. 1200 dal Comune di Alfonsine; L. 485.71 per indenn. cav. Richiedere schiarimenti. Scadenza 15 maggio.

AVELLINO. — Capo del Laboratorio medico-micrografico consorziale di vigilanza igienica. Vedi fasc. 13. Scad. ore 12 del 15 giugno.

CALASCIO (*Aquila*). — A tutto il 31 maggio, condotta generalità; L. 3200 lorde senza obbligo cav. Rivolgersi alla Segreteria comunale.

* CANNOBIO (*Novara*). *Opera Pia Uccelli.* — A tutto maggio, servizio Ospedale e poveri di Cannobio e Traffiume; L. 2000 lorde. Pratica trienn.

CANOSA DI PUGLIA (*Bari*). — Prima condotta di campagna e città. Popolazione 29,000 circa in tre rioni di circa 1000 ammalati poveri ciascuno; L. 1400 con tre sessenni, lorde. Scadenza 30 maggio. Età massima anni 40.

CASTELLINA MARITTIMA (*Pisa*). — Condotta semiresidenziale; L. 4200, indennità cav. L. 750. Scadenza 12 maggio.

CAVARZERE (*Venezia*). — Concorso per titoli ed esami ad ufficiale sanitario. L'eletto sarà pure, con l'approvazione del prefetto, capo dell'Ufficio d'igiene. Il Comune ha una superficie di circa ettari 13,640, una popolazione di 18,709 abitanti. Lo stipendio annuo complessivo è di L. 3500. Le domande di ammissione devono essere presentate alla Prefettura di Venezia non più tardi delle ore 17 del giorno 16 maggio. Ogni domanda dovrà essere corredata dai dovuti documenti. Ogni concorrente potrà unire alla domanda i titoli scientifici e di carriera, descrivendoli in apposito elenco, redatto in doppio originale. L'ufficiale sanitario eletto dovrà entro 5 giorni dalla partecipazione della nomina dare avviso di accettazione ed assumere servizio entro un mese dalla nomina stessa. In mancanza sarà dichiarato dimissionario. Gli aspiranti devono nella domanda dichiarare che accettano il regolamento per gli ufficiali sanitari della provincia di Venezia, tuttora in corso di approvazione, obbligandosi anche di non assumere verun altro ufficio di carattere continuativo.

CAVAZUCCHERINA (*Venezia*). — Primo riparto; L. 3500; indenn. alloggio L. 500 lorde; soli poveri. Scadenza 21 maggio.

CIGLIÈ e ROCCACIGLIÈ (*Cuneo*). — Condotto; L. 2500 con alloggio. Scad. 15 maggio.

COCCAGIO (*Brescia*). — A tutto il 25 maggio. Residenziale. Ab. 3037 di cui circa la metà aventi diritto cura gratuita. Stipendio L. 3540 con tre aumenti sessennali. Quadro dei voti negli esami di laurea.

COREGLIA ANTELMINELLI (*Lucca*). — Seconda condotta per i soli poveri, L. 2500 più L. 500 per indennità di cav. e con tre sessenni. Popol. 2401 ab. sparsi, quasi tutti in montagna. Scadenza 15 maggio.

FERMO. — Medico chirurgo; L. 3800 e L. 500 per cavalcatura, aumento del 10 per cento per 2 quadrienni. Scadenza 15 maggio.

FIASTRÀ (*Macerata*). — Condotta semiresidenziale; L. 4800 lorde, ivi comprese L. 700 per indennità cav. e L. 100 quale U. S. Tre decimi sessennali. Assicur. infortuni. Scad. 22 maggio.

GIRGENTI. *Laboratorio chimico consorziale di vigilanza igienica della Provincia.* — Assistente; titoli ed esami; L. 2000 lorde e partecip. proventi; servizio fino al 31 dicembre 1920 e conferme quinquennali. Laurea in medicina e chirurgia, o in chimica, ecc. Docum. alla Segreteria del Consorzio nel Palazzo comunale non più tard idel 31 maggio alle ore 16. Obbligo di prestare servizio per almeno due anni consecutivi. Non sono fissati limiti d'età.

GOLASECCA (*Milano*). — Condotta (compresa frazione Coarazza); L. 3500 nette e L. 100 se u. s. Età massima 45 anni, salvo eccezioni reg. Scadenza 18 maggio.

MARLIANA (*Firenze*). — 2ª Condotta con residenza a Montagnana. Stipendio L. 2300 lorde più L. 500 indennità cavalcatura, tre aumenti quinquennali del decimo. Scadenza 15 maggio.

MONTALDO BOERO (*Cuneo*). — Medico condotto; L. 1700; alloggio. Richiedere schiarimenti. Scadenza 1° giugno.

ORTUERI (*Cagliari*). — Condotta piena; lire 3000 nette e L. 250 mese congedo. Assunzione del servizio entro 10 giorni dalla nomina. Scadenza 24 maggio.

OSTELLATA (*Ferrara*). — Condotta frazione San Giovanni; ab. 1300; soli poveri; L. 3250 indennità cav. L. 600. Scadenza 15 maggio.

OTRICOLI (*Perugia*). — Concorso medico chirurgo prorogato a tutto il 15 giugno; lorde lire 4000. Rivolgersi al Sindaco.

PADOVA. *Spedale Civile.* — A tutto il 15 maggio assistente effettivo nei reparti dei tubercolosi; L. 2000 lorde di R. M.; stanza; in via eccezionale guardie con medaglie di presenza di L. 10. Votazioni negli esami speciali e di laurea. Servizio entro 10 giorni.

PORANO (*Perugia*). — Cura generalità; condotta in collina. Popolazione 1300. Estensione territorio kmq. 4; lorde L. 4000 annue senza obbligo cavalcatura. Scadenza 31 maggio.

RIVOLTO (*Udine*). — Medico; L. 5500. Chiedere manifesto in Segreteria. Scad. 22 maggio.

SAN CASCIANO DE' BAGNI (*Siena*). — Condotta 3° reparto (fraz. Palazzone); L. 4000 nette con 3 sessenni. Età anni 40, s. e. r. Scad. 30 maggio.

SESTO AL REGHENA (*Udine*). — Primo reparto capoluogo e frazioni di Braida-Curti, Marignan e Mure; L. 3000 con 4 sessenni e L. 600 per indennità di trasp. Se u. s. L. 300. Scad. 26 magg.

SORESINA (*Cremona*). — Concorso per condotto aggiunto. Stipendio L. 3000 nette con tre sessenni del decimo. Scadenza 31 maggio.

SPOLETO (*Perugia*). — Condotta di Strettura; al 25 maggio; L. 2200 p. pov., L. 1100 p. abb., L. 967 per la cav., lorde; ab. 2000 circa. Servizio entro 15 giorni.

TEGIANO (*Salerno*). — Una delle due condotte; L. 1700 pei poveri, L. 200 per gli abbienti, oltre L. 1400 d'indennità di residenza, e L. 100 come Uff. San. se il vincitore del concorso è fornito di tale titolo. Scadenza 20 maggio.

TODI (*Perugia*). — A tutto il 25 maggio 3ª e 4ª condotta; L. 2000 per poveri, con tre sessenni e L. 1800 per abbienti, lorde; L. 700 per cav. e L. 150 per supplenza; servizio nell'Ospedale civile da parte del titolare della 3ª condotta.

TRINO (*Novara*). — Condotta per Grangie di Lacedio; al 15 maggio; L. 3000 pei poveri, lorde; tre sessenni; L. 500 indennità per assistenza ai coloni e lavoratori avventizi; L. 800 per cavalc. Serv. entro 20 giorni. Età limite 35 anni.

TURBIGO (*Milano*). — Consorzio con Nosate; ab. 3500 circa; L. 3500 pei poveri, L. 700 per gli abb., nette R. M.; L. 300 u. s.; due sess. Età limite 35 anni, s. e. r. Due anni in condotta od ospedale. Servizio entro 15 giorni. Scadenza ore 15 del 20 maggio.

VILLANOVA TULO (*Cagliari*). — Condotto generalità; lorde L. 3375; ab. 1200. Scad. 21 magg.

VERONA. *Consiglio ospitaliero.* — Concorso per titoli ed anche per esami, al posto di primario specialista in otorinolaringoiatria presso l'Ospedale Civile. Stipendio L. 1200 lorde, quattro quinquenni del decimo. Scadenza 15 giugno.

Medico profugo Austria italiana, trentanovenne, per 15 anni medico comunale in una città del Trentino, ove aveva temporaneamente la direzione dell'Ospedale, con anno di clinica chirurgica, cerca supplenza preferibilmente Alta Italia. Condizioni solite. Scrivere alla redazione del « Policlinico ».

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Nuove diffide: Riolo (Ravenna), Montemaggiore al Metauro (Pesaro-Urbino), S. Colombano al Lambro (Milano), Mongiara (Catanzaro), Ortueri (Cagliari), Vigonovo di Fontana Fredda (Udine), Monticiano (Siena), Legoli nel comune di Peccioli e Santopietro nel comune di Capannoli (Pisa), Castelnuovo Magra (Genova), Coccanile in comune di Copparo (Ferrara), Cannobio [Opera Pia Uccelli] (Novara).

Riconferma di diffide: Briosco — Ospedale Annoni (Milano).

Revoca di diffide: Montecapriolo e Saltara (Pesaro-Urbino), Sedilo e Cugliero (Cagliari), Issime, Albiano e Bairo-Torre Bairo (Torino), Castellina Marittima e Rosignano Marittimo (Pisa), Capolona (Arezzo), Coreglia Antelminelli (Lucca), Barlassina e Vanzaghello (Milano), Marradi (Firenze).

La sezione di Fano dell'A. N. M. C. comunica che, se per il comune di Saltara è stato revocato il boicottaggio, permane però la diffida.

Nuovo boicottaggio: Bibbona (proposto dalla sezione di Cecina dell'A. N. M. C., sanzionato dalla Presidenza centrale).

Ci si comunica:

« La prego notificare nel suo pregiatissimo giornale, la diffida della condotta di Strettura, comune di Spoleto, e di togliere la diffida delle condotte di Montefalco e Poggiodomo, dipendenti da questa Sezione.

Prof. Francesco Feliziani »
Pres. Sez. Spoleto-Norcia A. N. M. C.

ROMA. — Il « Bollettino Ufficiale del Ministero di pubblica istruzione » riporta un decreto relativo al premio « al merito clinico » istituito dall'Istituto Nazionale Medico-Farmacologico, che allo scopo metteva a disposizione dell'Università di Roma una cartella di rendita di lire 3400, e intitolato al nome di Guido Baccelli.

Si tratta di una medaglia d'oro che verrà ogni anno conferita al dottore in medicina e chirurgia appartenente alla classe dei professori od assistenti universitari od ai medici addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli ospedali italiani che ne abbia fatta domanda e che ne risulti particolarmente degno per lavori e pubblicazioni nel ramo della clinica medica o della terapia medica.

Il concorso sarà bandito nel mese di novembre e le domande devono essere presentate al rettore dell'Università di Roma non più tardi del 15 dicembre, accompagnate dai lavori sui quali si chiede il giudizio.

Nel caso che il concorso andasse deserto, o che la medaglia non fosse conferita, essa sarà aggiunta a quella dell'anno successivo, nel quale saranno premiati due concorrenti invece di uno.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel Corpo Sanitario Militare.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Gurgo cav. Achille, Perego cav. Vittorio, Arelli cav. Vittorio, Tomba cav. Giuseppe, Rossi cav. Alfredo, Virdia cav. Tommaso.

Capitani medici promossi maggiori medici: Basili Andrea, Corbi Edoardo, Bernucci Rodolfo, Tobia cav. Arturo, Bozzi Pietro, Procacci Arturo, Tesio cav. Giuseppe.

Tenenti medici promossi capitani medici: Ariola Luca, Carbone Vincenzo, Demedio Arturo, Panagia Antonino, Calia Gaetano, D'Accardo Salvatore, Ciarlo Silvio, Rampi Pietro, Pitrelli cav. Nicola, Caffarelli Benedetto, Camoriano Pietro, De Domenico Francesco, Maffi cav. Giuseppe, Degli Atti Vincenzo, Mastroviti Nicola, Selvi Giovanni, Gallotti Giovanni, Savini Gualtiero, Costa Fausto, Bevilacqua Amleto, Molino Carlo, Solari Cesare, Bassi Giuseppe, Oggero Cesare, Sinisi Guido, Giardi Galileo, Giambi Luigi, Tenaglia cav. Giuseppe, Japoce Antonio, De Albertis Guido, Pintacuda Salvatore, Scaglione Vittorio, Signorino Rosario, Maugeri Nicolò, Ingravalle Alfredo, Germino Alfredo, Marulli Alberto, Indelicato Giuseppe, Cervello Ugo, Fasani Francesco, Buonopane Carlo, Denaro Antonio, Schifani Vincenzo, Lucci Americo, Pellegrini Oreste, Feliciangeli Guido, Sorbara Emilio, Fadda Siro, Caldarola Francesco, Rossi Antonio, Lucangeli Giovanni, Lojacono Antonio, Fiumefreddo Vincenzo, Bacchialoni Adolfo, Fusi Pietro, Formiggini Manlio, Romano cav. Nicola, Rossi Ferruccio, Cucinotta Eugenio, Polosa Vincenzo, Castorina Giuseppe, Cammarata Giovanni, Corti Luigi, Miadonna Antonio, Mazzocone Camillo, Romeo Giambartolo, Ritucci-Chinni Agostino, Tangheroni Dante, Vigliani Federico, De Caris Agostino, Galante Carlo, Mereu Rosolino, Circo Giuseppe, Orlandi Vincenzo, Fiorini Muzio, Pilato Adolfo, Rasile Antonio, Graziola Gerardo, Abate Alessandro, seguirà nel ruolo il capitano medico Rampi Pietro.

Sottotenenti medici di complemento nominati tenenti medici in servizio attivo permanente: De Sanctis Carlo, Magliulo Alfonso, Comelli Umberto, Cianchini Giuseppe, Campenni Cristoforo, Rossi Arturo, Polizzi Antonio, Sacco Rosario, Rocca Michele, Midolla Carmelo, Ciccone Eliseo, Telese Vincenzo, Grifi Vincenzo, Massone Giacomo, Ferri Guido, Gonzales Alfredo, Capecelatro Ettore, De Poi Pietro, Grifi Filippo, Restagno Annibale, Tattoni Fileno, Mastrantonio Vincenzo, Chimenti Ferdinando, Savini Guglielmo, Carile Raffaele, Pezzullo Luigi, Chiappe Renato, Vezzini Santo, Gasparini Giulio, Mastromatteo Michele, Stufferi Mario, Preite Cesare, Morelli Mario, Cantone Francesco, Tarchi Virgilio, Agostino Vincenzo, Alessio Paolino, Lazzaro Francesco Antonio, Garbagni Giuseppe, Manfredi Alfredo, Bassi Ugo, Cairo Gaetano, Vendra Salvatore, De Leo Salvatore, Gaggioli Carlo, Mazzotti Bortolo, Monteleone Vincenzo, Calvani Federico, Failla Giovanni, Nitrini Pellegrino.

NAPOLI. — Riportiamo il risultato dei concorsi per assistenti in medicina e in chirurgia agli Ospedali Riuniti.

Assistenti in chirurgia: 1° Altobelli, 2° Cozzi, 3° Pepe, 4° Candela, 5° Di Giacomo, 6° Pistolese, 7° Mazzella, 8° Napoletano, 9° Cantelmo, 10° Iura, 11° Sorrentino, 12° Marinelli, 13° Pellegrino, 14° Califano, 15° Milano, 16° Gaeta, 17° Casto, 18° Scalese, 19° Taglialatela, 20° Marotta, 21° Fedullo, 22° Donadio, 23° Brodetti, 24° Mumoli, 25° Mandato, 26° Florio, 27° Gatti, 28° Guglielmucci, 29° De Sio, 30° Montanaro, 31° Conte, 32° Pili, 33° Parascandolo, 34° De Donno, 35° De Riso.

Assistenti in medicina: 1° Tedeschi, 2° Fortunato, 3° Scala, 4° Scalato, 5° Donadio, 6° Tramonto, 7° Milano, 8° Casto, 9° Lucidi, 10° Pentagna, 11° Scalese, 12° Frolkis, 13° De Riso, 14° Iura, 15° Felsani, 16° De Maio, 17° Di Poggio, 18° Cerfoglio, 19° Montanaro, 20° Maresca, 21° Giamporcaro.

Guido Baccelli parla del medico-soldato.

Il 5 corr. nell'aula della Clinica medica al Policlinico Umberto I, in occasione della chiusura del corso di clinica medica, Guido Baccelli, dinanzi a numerosissimo uditorio di professori, medici e studenti (oltre 1500 persone), ha pronunziato applauditissimo l'elogio del medico soldato. Egli ha detto:

Signori,

Al primo rivederci brevi parole.

Il dì che dallo studio tranquillo ed intenso dell'uomo infermo compiuto in questo grandioso Policlinico, l'Italia col suo squillo di guerra vi chiamerà sui campi di battaglia; voi, ne son certo, vi sentirete nella coscienza surti a generosi sensi e dalla vostra responsabilità nobilitati.

Il medico soldato!

Ecco la vostra divisa! In questa un continuato esercizio di alte virtù, talvolta in apparenza dissimili, sarà l'arduo dovere.

Le pagine scritte col sangue, che traggono dall'esperienza memore nel giro dei secoli, vi ricordano con esempi degni di Plutarco il grado e il modo onde i condottieri di eserciti dettero ai servigi della medicina in guerra il più alto rilievo.

Dalle antiche istorie ci si narra che per la morte di Macaone, chirurgo insigne, tremò tutto il campo degli Argivi; ed in tempi assai meno remoti Napoleone I parlando di Larrey, chirurgo e medico valorosissimo, uguagliò la sua presenza al quartier generale alla importanza di un reggimento di cavalleria; e ne aveva ben donde! Infatti coloro che per la salute della Patria addivengono prodighi del loro sangue, raddoppiano il coraggio e la fede sulla prestanza dei medici nell'eventuale soccorso e combattono quasi sicuri che potranno mostrare un giorno le gloriose cicatrici alla famiglia e alla città ove nacquero, narrando con santo orgoglio dell'alto ufficio compiuto tra le aspre vette della propria fortuna.

Da questa scuola partirono pei campi africani giovani egregi che furono a un tempo prezioso elemento di salute e di valore guerresco; e che quando la cura dei propri feriti si rese impossibile pei superanti nemici, snudata la spada presero il comando militare delle reliquie superstiti ma vicine alla inevitabile gloriosa ecatombe.

Questi esempi sublimi prenunziano i nuovi possibili avvenimenti, ai quali ognuno di voi può essere presente.

Il medico soldato in primo tempo può trovarsi dentro le trincee o dietro le barricate dove urge adoperare prontamente la suprema virtù che necessita, dove una fulgida antitesi deve renderlo a un tempo audace e prudente, pietoso e crudele, ricordando i precetti di Roma:

Parcere subiectis et debellare superbos

ma pure:

Adversus hostos aeterna auctoritas esto

Nei momenti supremi la scelta dei mezzi è una sola, quella che può assicurare col prestigio dell'antico valore l'esempio e la salvezza del patrio decoro.

Roma antica, che combattendo per ottocento anni si rese immortale, padrona del mondo fino allora conosciuto, era infinitamente più grande dell'odierna Germania; ma portava con la guerra la civiltà, la generosità coi vinti e sui popoli trionfati la santità delle leggi, scrivendo a lettere incancellabili ad esempio educatore delle generazioni avvenire:

Dulce et decorum est pro patria mori.

Ed oggi per le speranze dei fasti novelli giova ricordare la epigrafe che si legge sul piedistallo della Colonna Antonina:

Marcus Aurelius Imperator
Armenis Parthis Germanisque
Bello maximo devictis
Triumphalem hanc columnam
Rebus gestis insignem
Antonino Pio patrio dedicavit.

E se per caso la dimenticaste voi, non dimenticò l'odierno Imperatore di Germania di quei fatti la storia; che anzi mi fece esprimere il desiderio di conoscere le fogge delle vestimenta degli antichi Marcomanni scolpiti sulla colonna perchè tradotti in ischiavitù dalle romane Legioni trionfali. Ed io lo compiacqui.

Le vicende dei popoli forti sono come le onde del mare: incalzate a tergo sul Lido, per legge fatale spumeggiando indietreggiano, ciò che vuol dire rivincita; ed il ritorno fatidico come è creduto oggi alle nostre milizie così dev'essere inteso da tutta la gioventù italiana.

Il medico soldato può trovarsi negli ospedali da campo nei quali è più provvida la sua azione salutare, sebbene ancora di molto limitata. Dove però con minore pericolo personale si svolge intero l'officio suo altamente benefico è nei grandi ospedali che trovansi nelle città più o meno remote dal cozzo delle armi. Cotesti Santuari della salute militare debbono avere il conforto e la dovizia dei mezzi che trovansi nelle nostre cliniche radunati. Ivi suprema legge è l'igiene dei luoghi, dell'aria, delle acque, delle persone. La nettezza è una fra le più grandi difese, la vigilanza sui cibi, sulle bevande, sui farmachi, sugli attrezzi sanitari è assoluta necessità. In quanto ai cibi e alle bevande e al latte tutto deve essere bollito quando non sia certa la sincerità dell'origine.

Su tali precetti però non è qui luogo a indugiarsi.

Nella cura medica dei nostri fratelli soldati anche questa Clinica ha portato il suo modesto ma efficace tributo.

La via delle vene aperta ai medicamenti eroici e per essa le incredibili guarigioni di morbi infettivi manifesti o latenti, lenti od acuti, la indiscutibile superiorità del nostro metodo a quello di Ehrlich nelle sifilidi specialmente della batteria cerebro-spinale, l'ossigeno introdotto da noi nella suppellettile terapeutica, non solo nei supremi momenti della vita, ma nelle esigenze del ricambio materiale, la cura del primo periodo della nefrite, quella dell'appendicite incruenta non ancora pubblicata e diffusa, finalmente quella del tetano.

Voi rileggendo e meditando la casuistica riportata anche solo dal nostro giornale *Il Policlinico* andrete persuasi sul più alto valore dell'acido fenico nel tetano di guerra, al confronto dei sieri, perchè in molti casi la prova dei sieri falliva quando incominciata la cura dell'acido fenico la minaccia di morte andò scomparendo e si ebbero al paragone molti e non sperati successi. Bisogna però confessare ad onor del vero che anche il nostro metodo assolutamente fallisce se abbia preceduto il tetano un gravissimo shock, come nel terremoto.

Signori,

Potrebbe a taluno parere soverchio ed anche noioso invocare oggi il retaggio delle nostre glorie avite. Ma sarebbe chiudere gli occhi per non vedere, spregiare le virtù che non si hanno, deridere la fede indefettibile sulla esperienza dei secoli maestra delle genti.

Roma e l'Italia nella educazione marziale per la rivendicata unità ed innanzi al pericolo deve ricordare il famoso verso di Virgilio:

Sit Romana Potens Italia virtute propago

nè dimenticare la grande sintesi politica che ci tramanda Orazio quando volto ad Augusto lo invocò:

Tutela praesens Italiae dominaeque Romae

E chiude con la sentenza di Tullio:

Quibus Patriam honoraverint defenderint, auxerint statutum est in coelo definitum locum ubi beati aevo sempiterno fruantur.

* * *

L'elevato discorso del sommo Clinico, il quale mantiene viva la fiamma della Romanità ed incita ai più nobili ideali di Patriottismo, fu ascoltato con commozione e coronato da entusiastici, formidabili applausi.

NOTIZIE DIVERSE.

Società di medicina sociale.

Per iniziativa dell'on. prof. Pieraccini e dei professori Biondi, Devoto e Mori si sono gettate le basi per una Società italiana di medicina sociale con sede in Firenze, alla quale sono già assicurate adesioni autorevoli di studiosi e simpatizzanti ai fini che la Società si propone.

Corso di conferenze di medicina e chirurgia di guerra.

A Ferrara nel decorso mese di aprile ebbe luogo, per iniziativa della locale Accademia di Scienze mediche e naturali, un corso di conferenze di medicina e chirurgia di guerra. Esso è assai bene riuscito sia per il concorso di medici della città e della provincia, sia per la importanza degli insegnamenti impartiti.

Fu svolto il seguente programma: prof. sen. A. Lustig: « La difesa sanitaria dell'esercito » (Conferenza inaugurale); prof. G. Grixoni: « La vaccinazione antitifica » (Due conferenze); prof. E. Burci: « Tecnica di chirurgia di guerra »; Cap. med. dott. S. Zara: « Organizzazione del servizio sanitario in guerra »; prof. M. A. Luzzatto: « Il tifo petecchiale »; prof. M. A. Luzzatto: « Profilassi e cura del tetano »; prof. A. Ghedini: « Traumatologia di guerra » (Lesioni da arma da taglio e loro trattamento); prof. A. Gatti: « Traumatologia oculare di guerra »; prof. G. Boschi: « La nevrosi traumatica in guerra »; prof. E. Cavazzani: « L'alimentazione di guerra »; dott. E. Padovani: « La diagnosi in guerra di morte apparente e di morte reale »; dott. E. Micheli: « Chirurgia cranio-cerebrale in guerra »; prof. E. Casati: « Le ferite d'arma da fuoco dei moderni fucili nei varii organi e tessuti »; prof. N. Tiberti: « La meningite cerebro-spinale epidemica ».

Conferenze di igiene e pronto soccorso in guerra per il soldato.

In vista dell'attuale momento politico l'Associazione nazionale per l'istruzione del soldato e del popolo, al fine di giovare ancor più ai nostri soldati, ha organizzato un corso di conferenze sull'igiene e chirurgia in guerra, che viene tenuto nel salone dell'Associazione in piazza Campitelli, 2, ed al quale possono assistere non solo i militari che frequentano la « Scuola e Casa del soldato », ma anche tutti quelli attualmente di guarnigione in Roma. Tale corso di conferenze ha lo scopo di insegnare ai nostri soldati nel modo più pratico, comprensivo ed elementare, come preservarsi e difendersi dalle malattie che più comunemente si verificano nelle campagne di guerra e prestare ai compagni eventualmente feriti quei primi soccorsi che sovente vengono a mancare per la vastità del campo d'azione militare.

Il programma del corso di conferenze è il seguente:

1. Traumi e ferite in genere in guerra. Oreste Margarucci, chirurgo primario al Policlinico, docente di patologia chirurgica nella R. Università di Roma.

2. Etiologia, epidemiologia generale e speciale delle malattie infettive in tempo di guerra.

Le disinfezioni. — Prof. Oreste Sgambati, chirurgo degli ospedali, medico capo della Croce Rossa.

3. Igiene nervosa e mentale in tempo di guerra. — Prof. Giuseppe Montesano, presidente Assoc. medici e chirurghi di Roma, direttore Scuola Mag. Ortofrenica.

4. Etiologia epidemiologia e profilassi speciale del tifo addominale, del tifo petecchiale, della dissenteria epidemica, del tetano. — Dott. Angelo Bellussi, medico igienista, aiuto presso lo Istituto di med. legale della R. Università.

5. Trasporto dei feriti in guerra. — Dott. Venceslao Fraschetti, medico del Comune di Roma.

6. Profilassi delle infezioni comuni delle ferite. — Dott. A. Calò, medico del Comune di Roma.

7. Etiologia, epidemiologia e profilassi speciale del colera, della peste, del vaiolo, della meningite cerebro-spinale epidemica. — Prof. Olivieri, docente di patologia speciale medica nella R. Università di Roma.

La Commissione per il corso delle conferenze è così composta: Durante prof. Francesco, senatore del Regno, presidente — Margarucci comm. prof. Oreste — Montesano prof. Giuseppe — Bellussi dottor Angelo.

L'inizio del corso ebbe luogo il 2 maggio con la conferenza del prof. Margarucci.

Pronto soccorso in guerra.

Per iniziativa del Comitato nazionale femminile per l'intervento italiano, ha luogo in Roma un ciclo di conferenze teorico-pratiche sul pronto soccorso per gli ammalati e feriti in guerra, dettato dal dott. Venceslao Fraschetti, dell'Associazione dei medici liberi esercenti.

Le conferenze sono tenute in un'aula del Collegio Romano.

Esami di laurea anticipati.

Il Re ha firmato, su proposta del Ministro della pubblica istruzione, un decreto con il quale, per questo solo anno accademico, la prima sessione di esami speciali e di laurea per gli studenti che siano inscritti od abbiano compiuto il 6° anno della Facoltà di medicina e chirurgia nelle Università, sarà iniziata il 12 maggio e chiusa non oltre il 12 giugno p. v.

Contro l'alcoolismo.

Alcuni deputati avevano presentato al Ministro della guerra un voto perchè, di fronte alla crisi vinicola che travaglia il Paese e specialmente la Sicilia, si aumentasse la razione del vino ai soldati. Ma il ministro della guerra ha dichiarato che quel voto non può essere accolto.

Provvedimenti sanitari a Milano.

La legge prescrive l'isolamento degli affetti da malattie contagiose, ma non si preoccupa di coloro che, per essere stati a contatto di persone infette, possono essere veicolo del contagio su loro e su altri. Allo stato attuale della legislazione, non può imporsi l'isolamento: nè è da presumere che verrebbe accettato per senso di civismo, in vista del danno economico che ne deriverebbe.

A tale inconveniente pone riparo un provvedimento adottato dal Comune di Milano su proposta dell'assessore per l'igiene dott. Veratti: cioè ai segregati per profilassi, il Comune si impegna di corrispondere regolarmente lo stipendio durante tutto il periodo dell'isolamento.

Un altro provvedimento di indole profilattica concerne l'istituzione di una scuola per tignosi presso l'Ospedale Maggiore.

La vaccinazione antitifica.

Nell'ultima sua seduta ordinaria la Società Lombarda di scienze mediche e biologiche si è a lungo occupata di questo argomento, di grande importanza ed attualità. Dopo esauriente discussione è stato votato all'unanimità il seguente ordine del giorno, che verrà trasmesso alle competenti autorità politiche e sanitarie:

« La Società Lombarda di scienze mediche e biologiche udita la relazione del prof. Moreschi sulla vaccinazione antitifica per via endovenosa e la discussione seguitane, considerando i vantaggi che questo metodo presenterebbe in confronto della vaccinazione per via sottocutanea, comunemente usata — vantaggi di tempo, richiedendo il metodo endovenoso un periodo assai minore perchè l'immunità si stabilisca, vantaggi in rapporto ai risultati ed ancora vantaggi finanziari non indifferenti — fa voti che il metodo endovenoso proposto dal prof. Moreschi venga al più presto applicato su larga scala, comparativamente al metodo sottocutaneo ».

Risultati della vaccinazione antitifica fra le truppe inglesi.

Alla Camera dei Comuni il sottosegretario alla guerra riferiva che durante la guerra attuale si sono manifestati solo 421 casi di tifo fra le truppe combattenti inglesi e che fra i colpiti 305 non erano stati vaccinati entro due anni; tra i vaccinati entro i due anni si è avuto un solo caso mortale e concerneva un individuo il quale aveva ricevuto una sola inoculazione invece delle due regolamentari nell'Inghilterra.

Lotta contro le epidemie nei paesi belligeranti.

In Austria tutti coloro che si recano sul fronte di battaglia vengono sistematicamente vaccinati contro il vaiolo, il tifo ed il colera. Qualora la strettezza del tempo non lo consenta, la vaccinazione viene espletata sul fronte.

Le autorità sanitarie di Graz hanno vietato in tutta la Stiria l'uso delle salviette di tessuto nei ristoranti e nelle osterie. Vengono consentite soltanto le salviette di carta, le quali debbono essere bruciate dopo l'uso individuale. A tal uopo sono state affisse delle ordinanze nei pubblici esercizi.

Secondo il « Journal A. M. A. », dal quale desumiamo molte di queste notizie, il governo austriaco ha diretto un appello pubblicato nello « Ugeskriit for Lalger », richiedendo degli esperti nelle ricerche di laboratorio, dei medici e del personale fornito di speciale esperienza nella lotta contro le epidemie.

Secondo la « Münch. Mediz. Wochenschr. », le autorità sanitarie germaniche hanno testè rac-

comandato contro i pidocchi degli abiti l'uso di una polvere composta di talco, magnesia, usta e bolus alba, contenente il 3 % di tricresolo, detto Kresolpulver; si raccomanda di valersi per l'uso di piccoli recipienti forniti di un piccolo crivello, così che la distribuzione risulti omogenea.

Corso di perfezionamento in batteriologia.

La Direzione generale di sanità, vigile sentinella nella tutela della pubblica salute, per aver pronto nell'eventuale bisogno un certo numero di batteriologi, ha affidato al prof. Gosio, di cui è nota la grande competenza scientifica, di tenere un corso di esercitazioni batteriologiche con indirizzo assolutamente pratico.

A frequentarlo sono stati chiamati medici designati dai direttori degli Istituti d'igiene delle Università.

Prolusione al corso di clinica delle malattie tropicali.

Il prof. Aldo Castellani tenne nell'aula della I Clinica medica di Napoli, diretta dal professor Cardarelli, la prolusione al corso di clinica delle malattie tropicali.

V'intervennero il colonnello medico di marina prof. Petella ed altri ufficiali medici di marina in uniforme, salutati con grandi acclamazioni patriottiche dagli studenti.

Il prof. Castellani fu vivamente acclamato ed attentamente seguito. Egli rifece la storia delle conoscenze delle malattie tropicali dai tempi leggendarii fino ai tempi nostri.

Nel C. S. P. I.

Il « Bollettino del Ministero P. I. », nel numero 11, riporta le norme regolamentari per la nomina dei rappresentanti delle facoltà nel Consiglio Superiore dell'Istruzione.

Le Facoltà medico-chirurgiche nomineranno nel 1915 tre rappresentanti.

Al Consiglio di Stato.

Su conforme relazione del dottor grand'ufficiale Mario Bonino, la V Sezione del Consiglio di Stato ha dichiarati decaduti i seguenti ricorsi del Comune di Chieti contro gli Ospedali riuniti di Roma: per esonero dal pagamento di spese di spedalità del 1912 e anni precedenti — di quelle del 1913 — di quelle del 1914 — ed ha dichiarato irricevibile il ricorso del Comune di Mel per esonero pagamento spedalità 1908.

Gli studi medici a Messina.

Abbiamo già dato notizia dell'apertura del primo biennio della facoltà medica di Messina.

Rileviamo dalla « Clinica Medica » che l'anatomia umana è confinata in una baracca dell'ex lazzaretto della peste a un chilometro dagli edifizi universitari, che gli studenti non hanno cadaveri dall'ospedale, che la scuola d'ostetricia si è aperta il 22 febbraio in due baracche di legno, che in Parlamento si è accennato a questi inconvenienti e si sono avute buone promesse.

Per il titolo di levatrici.

Il sindaco di Milano ha diretto alle levatrici della città una circolare in cui le invita ad usare nei cartelli esposti al pubblico recanti il loro nome, la sola qualifica di *levatrice;* vieta le indicazioni di « ostetrica », « premiata » e simili, da talune aggiunte sul proprio cartello, perchè la legge non riconosce, oltre la patente professionale di levatrice, altri titoli qualificativi.

Pletora di treni-ospedali in Germania.

Da Berlino si ha notizia che i treni ospedali allestiti da varie organizzazioni, municipi e privati sorpassano ormai i 150 ed eccedono di molto i bisogni. Alcuni di questi treni restano inutilizzati per mesi. Onde la Croce Rossa sollecita una remora nelle donazioni destinate a tale scopo e che potrebbero essere più utilmente impegnate.

Restrizioni sulla panificazione in Ungheria.

La « Klin. ther. Wochenschrift » informa che una legge impone ai prestinai ungheresi di aggiungere il 50 % di farina di maiz alle farine di grano o di segala usate per la panificazione. Dove il maiz difetta, il Ministro dell'interno può autorizzare ad usare fino al 25 % di farina di patate. La sola eccezione è fatta per i *Wassersemmeln* (probabilmente dei biscotti), i quali possono essere infornati una sola volta al giorno. Le infrazioni a queste disposizioni sono passibili della prigionia sino a due mesi e di una multa sino a 600 corone.

Notizie epidemiologiche.

Dall'11 al 17 aprile sono stati denunziati nell'Austria-Ungheria 121 casi di vaiolo (di cui 59 a Vienna) e 489 di tifo petecchiale. Dal principio dell'epidemia si sono avuti a Vienna 1360 casi di vaiolo, di cui 281 letali.

Associazione medica franco-greca.

La « Grèce Médicale » annunzia che l' « Alliance médicale Franco-Hellénique », di recente fondata, aprirà prossimamente una biblioteca di opere e periodici francesi di medicina e di più organizza delle conferenze e delle dimostrazioni di perfezionamento tenute da medici francesi di valore.

Presidente della Società è Phocas di Atene; segretario ad Atene ne è Sotiriades; segretario a Parigi ne è P. Descomps.

Il giorno 29 aprile u. s., vittima di una infezione cadaverica, contratta in seguito ad un'autopsia giudiziaria, è morto il dottor **Serratrice Roberto,** noto perito chimico e medico-legale.

I funerali riuscirono imponentissimi. Il prof. Ottolenghi parlò sul feretro rilevando le qualità intellettuali e morali dell'estinto, vittima del dovere.

Una scheggia di schrapnell uccideva, durante la battaglia delle Argonne, il dott. **Otto Markus,** assistente alla clinica medica di Würzburg, autore di pregevoli lavori di neurologia e psichiatria; egli lascia incompiuta un'importante opera sull'istologia delle cellule gangliari del sistema nervoso vegetativo.

Rassegna della stampa medica.

Gugl. da Saliceto, gen. FORNARI: Le complicanze parotidee postotitiche.

Arch. di Farmac. e Sc. Aff., 1 gen. DEZANI e CATTORETTI: Sulla genesi della colesterina. — VERDOZZI: Sulla necrosi adiposa del tessuto peripancreatico e del pancreas. — PITINI: Influenza dello iodio sull'accrescimento dei tessuti coltivati *in vitro*. — 15 gen. GANGI: Alterazione della regolazione termica dopo estirpazione delle capsule surrenali.

La Tubercol., 31 gen. RAMAZZOTTI: Del lupus eritematoso.

Münch. Med. Woch., 19 genn. DECKER e v. BOMBARD: La roentgenterapia profonda nel carcinoma gastrico e intestinale. — BERNOUILLI: Sul trattamento ambulatorio delle malattie oculari. — Medicina di guerra.

Bull. de l'Ac. de Méd., 19 genn. DELORME: Traumatismi dei nervi da proiettili (discussione).

The Journal A. M. A., 16 genn. CUSHING: I risultati delle operazioni per tumori cerebrali. — ROBERTSON: I varî tipi di lue. — BABCOCK: Chirurgia osteoplastica della faccia. — STEINDLER: Coxa vara adolescentium traumatica. — MC GOWAN-CUNNINGHAM: Infezioni renali ematogene.

Rev. Méd. de la Suisse Romande, 20 gennaio. MAYOR e WIKI: L'allilmorfina. — LÉVY-DU PAN: Sul trattamento della polmonite.

The Boston M. A. S. Journal, 21 genn. SWIFT: Esercizi compensatori nell'atassia locomotrice. — RISLEY: Diabete e chirurgia.

Jahresk. f. ärztl. Fortb., genn. Biologia e patologia. — Appendice: Medicina di guerra.

Kl.-ther. Woch., 18-25 genn. LANDSTEINER: Sull'etiologia della peste.

Il Movim. San., 19-20. Numero sulla vaccinazione antitifica.

Wien. klin. Woch., 21 genn. HEIGEL: Infezioni paratifiche. — CHIARI: Prognosi e terapia del tetano. — HESSE: Reazione di Wassermann positiva nel pemfigo.

Pens. Medico, 24 genn. MARIANI: Flemmone ligneo. — OLIVIERI: Linfomatosi tubercolare acuta con sindrome leucemica. — PIGNACCO: Iposurrenalismo cronico.

Folia Medica, n. 1. BOERI: Semeiologia dell'apice polmonare per la diagnosi di tubercolosi incipiente.

L'Idrologia ecc., genn. PONZIO e TURCO: La radioterapia dei fibromiomi uterini.

Gazz. d. Osp., 24 genn. RECUPERO: Pericoli delle iniezioni di preparati insolubili di mercurio. — CHIRI: Il jequirity nell'epitelioma.

Ann. di Clin. Med., gen. GIUFFRE: Sulle nevrosi respiratorie. — FAGIUOLI: Tubercolosi polmonare e sifilide. — BERTELLI e SEMINI: Eliminazione del calcio e del fosforo nei morbi di Addison e di Basedow.

Boll. d. Mal. dell'orecchio ecc., gen. MALAN: Tubercoloma del lobulo dell'orecchio.

La Presse Méd., 21 gen. Medicina militare (congelazioni, gangrena gassosa, tifo esantematico e ricorrente, tetano, ecc.).

La Rif. Med., 23 gen. DE GIOVANNI: Prelezione. — ASCOLI M.: Malaria cronica, afebbrile, splenomegalica anemizzante. — BIFFIS: Sull'ittero emolitico. — PELLECCHIO: Sulla cura dell'enuresi notturna.

Journ. d. Prat., 23 gen. CHAUFFARD: Spondilosi rizomelica.

Mediz. Klinik, 24 gen. Medicina di guerra. — BREIGER: Sintomi precoci della demenza precoce.

Zeitschr. f. Tuberk., gen. HART: Sulla genesi della tubercolosi apicale. — KNOFF: Sul trattamento della tubercolosi avanzata.

Berl. Klin. Woch., 25 genn. ZINN e MÜHSAM: Toracoplastica extra-pleurica nella tubercolosi polmonare e nelle bronchiectasie. — TOUTON: Malattie normali e vita sessuale negli eserciti in guerra ed in pace.

The Lancet, 23 gen. POWER: Contro il proprio corpo. — MILLER: La terapia salicilica nel reumatismo infettivo. — GRACE: Sull'elettroterapia.

The Journal A. M. A., 23 gen. COUGLIN: Sarcoma della lingua. — NEILL: Il metodo Cullen nell'asportazione dell'appendice. — TIMME: Le attività autonome reciproche del cervello e dei visceri.

Wien. Klin. Woch., 28 gen. v. KORANY: La vaccinoterapia del tifo addominale. — Medicina di guerra.

Allg. Wien. med. Zeitung, 26 gen. SINGER: La dissenteria.

Bull. de l'Ac. de Méd., 26 gen. Medicina di guerra.

La Stomatol., n. 2. AURELI: Le anestesie tronculari in odontojatria.

Dermat. Woch., 30 gen. RÜHL: Contributo sperimentale all'etiologia della pellagra.

Giorn. intern. d. Sc. Med., 31 gen. MONTEFUSCO: La piocianasi nella cura della difterite.

La Rif. Med., 30 gen. FERRANNINI: Le lesioni non tubercolari dell'apice polmonare. — D'AMATO: Condizioni che favoriscono la precipitazione della colesterina biliare. — BINDI: Metodo Tansini nel carcinoma ulcerato della mammella.

Gazz. d. Osped., 28 gen. MARAGLIANO E.: Morbillo a decorso anormale. — 30 genn. MARTONE: Iniezioni endovenose di sublimato nel reumatismo articolare acuto. — MARAGLIANO E.: Terapia degli aneurismi.

La Presse Méd., 28 gen. LACAPERÈ e LENORMANT: Trattamento delle gangrene con l'arseno-benzolo. — VIGNARD: Immobilizzaione delle fratture complicate.

Journ. d. Prat., 30 gen. NOBÉCOURT: Sulla turbe gastro-intestinali dei lattanti.

Riv. crit. di Clin. Med., 30 gen. FURNO: Le crisi pseudodiarroiche. — SICILIANO: I nuovi problemi della radiologia.

The Lancet, 30 gen. MACKENZIE DAVIDSON: Applicazioni del telefono in chirurgia.

Paris Méd., 30 gen. DOPTER: L'epurazione dell'acqua in campagna.

La Pratica oto-rino-laring., 30 gen. CASTELLANI: Acumetria clinica.

Pens. Med., 31 gen. LOVATELLI: L'emetima nelle emottisi. — BONZANI: Patogenesi dell'ulcera dello stomaco e del duodeno.

Mediz. Klinik, 31 gen. SEELIG: Sull'ematuria. — Medicina di guerra.

Anales del Depart. Nac. de Higiene, n. 6. MAZZA: Etiologia e terapia specifica dell'ozena. — OTERO: Igiene muliebre.

Il Morgagni, 31 genn. ANDRUETTO: Dei vari metodi clinici di dosamento del glucosio.

Zbl. f. die ges. Ther., gen. STOERK. Sulla terapia del colera asiatico.

The Journal of Med. Res., gen. RODHENBURG: L'argento colloidale con lecitina nel trattamento dei tumori maligni. — YOULAND, WILLIAMS: Valore protettivo e terapeutico degli estratti acquosi di leucociti (Hiss).

Bull. of the J. Hopkins Hosp., gen. BYRNES: L'iniezione d'alcool nel ganglio gasseriano. — HOLMES: Variazioni della ipersensibilità alla tubercolina durante la tubercolosi. — STEVENSON e REID: I nervi sensitivi nelle infiammazioni.

L'Ig. della Scuola, gen. DI VESTEA: Sviluppo del corpo umano e sua importanza per l'educazione fisio-psichica dello scolaro.

Medic. Record, 23 gen. FISCHER: Il sistema nervoso miopatico e le funzioni gastro-enteriche. — 30 gen. STARR: Paraplegia senile.

Ann. de Méd., n. 2. FIESSINGER e LAURENT: Sul diabete bronzino. — DONZELOT: Le tachicardie parossistiche. — ESMEIN: L'insufficienza tricuspidale.

Riv. Ospedal., 31 gen. PIERI: I progressi della chirurgia nel 1914

Proc. R. Soc. of Med., gen. HERTZ: Cardiospasmo. — La definizione della cecità; discuss. — SHATTOCK e DUDGEON: Studi emologici.

La Clin. Med. Ital., gen. RIVA: Sulle neurosi dello stomaco. — CANTIERI: Sulla terapia della febbre mediterranea. — CAMPORA: Sull'emorragia cerebrale ventricolare. — CASTELLI: Sulla policitemia rubra.

Il Morgagni (Arch.), gen. BACIALLI: La tiroide nell'avvelenamento sperimentale da preparati tiroidei. — ARCANGELI: Peritiflite posteriore adesiva complicante il rene mobile. — VENTURELLI: Tumori connettivali primitivi dello stomaco.

Rev. Clin. de Madrid, 30 gen. TURRÒ: Epidemia di tifo a Barcellona.

The Journal A. M. A., 30 gen. RUBINOW: L'assicurazione sociale e la professione medica. — ALLISON e BROOKS: L'anchilosi. — FARRELL: L'operazione osteoplastica di Hibbs nel morbo di Pott.

Gl'Incurabili, 31 gen. RIA: La Clinica e le discipline ausiliari.

Ann. di Ostetr. e Ginecol., 31 gen. RIDELLA: Insufficienza placentare relativa. — PONZIAN: Fibroma pendulo del grande labbro. — CATTANEO: Statistica del carcinoma primitivo della vulva.

Giorn. di Med. Mil., 31 gen. GRIXONI: Sulle conserve alimentari. — TESTI: Sulla dissenteria in Cirenaica.

La Ginecol., n. 11. RASPINI: La rottura prematura e precoce delle membrane in rapporto al parto ed al puerperio.

L'Attualità Med., genn. PAGANI: Modificazioni morfologiche del « treponema pallidum » per cura antiluetica.

Boll. Chim.-Farmac., 48-50. GANASSINI: Ricerca chimica del sangue.

Ann. di Med. Nav. e Colon., genn. FOSSATARO: L'adattamento funzionale degli arti traumatizzati. — RHO: Gli inconvenienti della tintura di iodio per l'applicazione del metodo Grossich.

Revue Neurol., 30 lug. 14. BOUCHÉ: Compressione midollare da aracnoidite saccata. — LHERMITTE e CORNIL: Corea cronica post-puerperale.

La Pediatria, feb. DI CRISTINA e CARONIA: Sulla terapia della Leishmaniosi interna. — COZZOLINO: Macchie mongoloidi sulla superficie ventrale. — FINIZIO: Sulla digestione della caseina. — KRÂRINA-MARINUCCI: Anemia perniciosa in bambini.

Berl. Klin. Woch., 1 feb. MELCHIOR: Le infezioni quietescenti in chirurgia. — RICHTER: La patata quale alimento popolare. — OEDER: Sull'obesità « costituzionale ».

The Practitioner, febbr. 2° numero sulle secrezioni interne.

Klin.-ther. Woch., 1-8 feb. PÖCH: Quadro e trattamento della peste.

Münch. Med. Woch., 2 feb. PETRUSCHKY: Sulla immunizzazione percutanea. — FABRY e SELIG: Trattamento della sifilide e del lupus con salvarsan cuprico. — Medicina di guerra.

Gazz. d. Osp., 4 feb. FUBINI: Versamenti chilosi e chiliformi.

Wien. Klin. Woch., 4 feb. MARBURG e RANZI: Sulle ferite d'arma da fuoco del midollo. — WOLK e STIEFLER: Sulle congelazioni. — RIEDL e EGGERTH: Sulla vaccinoterapia del tifo addominale.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. POZZI, resp.

Anno XXII. Roma, 16 maggio 1915 Fasc. 20

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

MEDICINA SOCIALE.

Profilassi delle malattie d'orecchio, naso e gola nelle scuole.

Sunto delle lezioni al corso di Medicina scolastica presso l'Istituto d'igiene della R. Università di Roma (novembre-dicembre 1914)

per il prof. T. MANCIOLI.

Forse a taluno potrà sembrare superfluo che in un corso rapido d'insegnamento per medico scolastico si sia fatto il posto allo studio delle malattie d'orecchio, naso e gola, studio che da vera Cenerentola della medicina, si mantiene ancora nel grado di complementare fra i corsi dell'insegnamento universitario.

È bene quindi che prima d'entrare nell'argomento io tratteggi su larghe linee quello che deve essere il nostro programma e quali intimi rapporti leghino l'oto-rino-laringoiatria a questa grande branca nuova della medicina sociale che è l'igiene scolastica.

Quando si vuol ricercare la causa del dilagare di tante malattie nelle famiglie, nelle scuole e nelle collettività, non si dovrebbe trascurare l'esame dell'orecchio e del cavo nasofaringeo di cui può dirsi che un terzo dei bambini al disotto dei 7 anni sieno affetti, con ripercussione frequente in organi lontani come lo stomaco, l'appendice, la vescica, le meningi, il cervello, il sistema osseo, ecc., tanto che il Gallois scrisse che ogni pediatra è in obbligo di conoscere le malattie che provengono dalle lesioni del cavo nasofaringeo e regioni annesse di cui una gran parte delle alterazioni dell'infanzia più che compagne sono derivazione diretta. Vediamo più da vicino, in linea generale, questi rapporti.

I. Considerazioni generali.

a) Naso-faringe e patologia infantile.

La via più facile d'ingresso delle malattie esantematiche è il cavo nasofaringeo che, durante queste epidemie, dovrà essere rigorosamente esaminato nelle comunità infantili in quanto possono presentare dei sintomi premonitori.

Così la scarlattina è talora preceduta o accompagnata da secrezione muco-purulenta del naso. Nel morbillo comparirà un'accentuata iperemia dell'intera superficie mucosa dell'albero respiratorio e spesso le macchie di Köplik.

Se in ogni caso di rinite con eczema crostoso e sanguinante del vestibolo ed ingorgo glandolare si facesse l'esame batteriologico del secreto naso-faringeo non raramente si riscontrerebbero, specie in tempo di epidemia, i germi della difterite. Oltre a ciò sulla mucosa delle prime vie respiratorie si possono trovare a lungo dei ger-

mi allo stato normale i quali vivono come ospiti inoffensivi finchè, la loro esaltazione virulenta o quel complesso di fatti, che riferiamo come diminuita resistenza organica, non determinano lo stato morboso.

La mucosa polmonare troppo poco saprebbe resistere ai germi trasportati dal pulviscolo atmosferico se la mucosa nasale non formasse una barriera di protezione, onde una delle gravi conseguenze di chi — respirando col naso chiuso — deve rinunciare a questa difesa.

Altra barriera di protezione è rappresentata dalla mucosa bucco-faringea: benchè meno solida e più permeabile dell'epidermide, giacchè non possiede lo strato corneo, è però sempre molto più resistente delle mucose dello stomaco e dell'intestino, tanto che da molto tempo il Robin l'ascrisse ad una categora di dermomucose.

Le tonsille (palatine e faringea) se malate o degenerate, cessano di essere un valido mezzo di difesa, costituito dall'aggruppamento di follicoli linfatici, e per gli intimi loro rapporti con la rete linfatica rino-cervico-mediastinica che è la via maestra di tutte le infezioni che dal tessuto adenoideo invadono l'organismo, rendono possibili le temibili e non rare complicazioni a distanze (polmoniti, nefriti, osteomieliti).

A questi esempi di lesioni a distanza prodotte da alterazioni acute delle prime vie respiratorie, aggiungeremo che le alterazioni croniche di queste regioni influiscono egualmente e con non minore intensità sul determinismo di fatti vitali (ematosi, nevropatie riflesse), sulle funzioni degli apparati circolatorio e respiratorio, sullo sviluppo della muscolatura e dello scheletro.

Il medico della scuola deve sapere che le deviazioni della colonna vertebrale se possono avere la loro origine da malattie delle ossa, da inadatta costruzione dei banchi o da un difetto di refrazione, possono anche essere esclusivamente dovute a fatti di stenosi nasale.

Il medico della scuola deve sapere che se alcuni bambini gracili e anemici migliorano sensibilmente con quei mezzi che la beneficenza pubblica e privata porta a profitto dell'infanzia (vita all'aria aperta, cura marina o montana, ecc.), moltissimi altri potrebbero correggere definitivamente la loro deficente costituzione con una cura assai semplice delle prime vie respiratorie che, sgombrando gli ostacoli alla libera respirazione nasale, ristabilisse l'ampia ventilazione polmonare.

Le nevropatie riflesse d'origine nasale sono molto frequenti e svariate anche nell'infanzia, ma qui non farò che riportarne schematicamente le più comuni, dovute all'eccitamento del nervo trigemino e dell'olfattorio non solo per lesioni organiche nasali, ma anche per disturbi funzionali e vasomotori della mucosa schneideriana.

Riflessi nasali per lesioni organiche o anche per disturbi funzionali della mucosa nasale:

1° Sintomi riguardanti il sistema nervoso centrale: emicrania, vertigini, insonnia, intelligenza indebolita.

2° Dolori nevralgici di regioni tipiche del corpo: all'angolo inferiore dell'omoplata; al livello dell'appendice xifoide dello sterno; nelle regioni renale, precordiale, intercostale, al braccio.

3° Sintomi funzionali riguardanti lo stomaco: (nausea, vomito, dispepsia acida); id. il cuore: (palpitazione); id. i polmoni: (asma, irregolarità respiratoria); id. la cute: (brividi, pallore); id. l'utero: (mestruazioni irregolari); id. l'occhio: disturbi a carico delle funzioni secretorie: (lacrimazione e sue conseguenze) o disturbi a carico della motilità: (contratture, midriasi, strabismo); disturbi nervosi propriamente detti: (nevralgie, fotofobie, amaurosi).

b) *Udito e pedagogia.*

Consideriamo ora quale importanza può avere per il medico scolastico lo studio dell'organo dell'udito. La vecchia frase « intellectum dat quid auditum » compendia tutta una dottrina. E se è pur vero che da un lato è troppo pessimista (poichè abbiamo dei sordomuti intelligenti) e d'altro lato trascura altre condizioni che influiscono sulla intelligenza, è certo che la pedagogia ricaverebbe dei frutti migliori se ponesse questa vecchia frase a capolista dei suoi ammaestramenti.

La diminuzione dell'udito nell'alunno porta come conseguenza diretta una difficoltà nell'apprendere la parola dell'insegnante e quindi immancabili e ripetuti errori negli esercizi di dettatura e difficoltà a rispondere alle domande perchè queste non vengono chiaramente intese.

È da tenersi in sommo conto che il bambino *non dice di sentire poco* e quindi di fronte al maestro egli passa per *distratto.* Altre volte invece avviene che il bambino cerca di percepire ciò che sente in confuso e questo apporta uno sforzo più o meno prolungato cui segue un vero stato di stanchezza mentale.

Nel tempo stesso il bambino è di solito sotto l'azione sfavorevole di un altro gruppo di cause che hanno portato la diminuzione dell'udito e che possiamo compendiare nella parola di « stenosi nasale » di cui poi parleremo.

Su queste basi è chiaro come potrà svolgersi la psicologia del bambino. Egli passa per distratto e svogliato mentre è un malato di ipoacusia e conseguente *surmenage* mentale.

Fatti che ancora chiamiamo riflessi, e che forse sono tossici dell'ipertrofia tiroidea, lo rendono *irrequieto*, mentre il torace non dilatato da sufficienti inspirazioni resta meschino. Il bambino vien su stentato, debole di corpo e di intelligenza, imbambolato di giorno, irrequieto di notte giacchè il sonno non è tranquillo nè ristoratore per difficoltà respiratoria, crisi di tosse, accessi di *pavor nocturnus* associati assai spesso alla dannosa molestia dell'enuresi.

Vediamo i risultati pedagogici che si ottengono prendendo come base il grado della funzione uditiva.

Feci le mie prime osservazioni in una scuola privata di Roma ove l'omogeneità dei bambini appartenenti tutti a classi abbienti poteva costituire un elemento non trascurabile in osservazioni di tal genere.

Divisi la scolaresca in 3 gruppi.

1° bambini con udito normale o medio;
2° id. superiore alla media;
3° id. inferiore alla media.

Pregai la Direzione dello scuola di voler formulare un giudizio complessivo sul profitto, da esprimersi con i vocaboli di « lodevole » (medie di voti 9-10), « idoneo » (voti 7-8), « mediocre » (voti 5-6), « insufficiente » (voti sotto il 5).

Paragonando la tabella dell'udito con quella del profitto si vide che mentre i bambini con udito normale offrivano al profitto le svariate oscillazioni di tutte le scolaresche, con una spiccata tendenza verso la idoneità, gli iperacusici erano quasi tutti lodevoli e gli ipoacusici quasi tutti insufficienti.

A tale risultato si sarebbe però potuto obiettare che le oscillazioni delle linee del profitto potevano essere influenzate da troppe cause perturbatrici e che le grafiche più che ad una legge potevano essere dovute al caso.

Ripetei allora l'esperimento in un campo del profitto dove fosse più in giuoco l'udito che non tutte le risorse della volontà e dell'intelligenza. Feci cioè ripetere il giudizio di ciascun bambino per quel che riguardava esclusivamente la *pronuncia* della lingua francese (che in quella scuola si insegnava).

Questa seconda prova dette ancor maggior risalto alla prima tenendo conto, per qualche eccezioni, che gli ipoacusici lodevoli erano di famiglie piemontesi, ossia già abituati a pronunzia francese, mentre gli iperacusici mediocri erano bambini dell'Italia meridionale o che da poco tempo frequentavano la scuola.

L'importanza dei rapporti tra udito e rendimento pedagogico è tutto basato sulla enorme diffusione della riduzione dell'udito fra gli scolari.

Man mano che l'ispezione medica delle scuole va diffondendosi e si comincia ad estendere l'osservazione anche sull'organo dell'udito si rende evidente con quanta frequenza questo ammali. Riferisco alcune cifre:

Stato di Victoria (Australia). Bambini esaminati 8491: trovati malati di naso e gola 23.6 %; di orecchio 13.5 %. Totale 37.1 %.

Scuole di Strafford (Inghilterra). Bambini esaminati 76,000: trovati malati di naso e gola 18 %; di orecchio 43 %.

Scuole di Halifax. Bambini trovati malati di gola il 39 %.

Scuola « Regina Elena » (Roma). Su bambini 800: trovati malati di naso e gola 31 %; di orecchio 34.20 %. Quest'anno (1915) estendo osservazioni di tal genere, su tutti gli alunni delle scuole comunali di Roma. Si può prevedere che circa 1/3 ha udito inferiore al normale.

Nelle scuole comunali di Roma si sono istituite delle classi differenziali ove vengono raccolti tutti gli allievi i quali non riescono idonei nell'apprendere e sono stati per due anni di seguito rimandati agli esami. Fra questi bambini ne ho trovato il 90 % affetti da alterazioni dell'udito. Si tratta dunque spesso, in questi casi, di anormali falsi la cui psiche non è sufficientemente evoluta per difetto del senso acustico.

È dunque evidente che ogniqualvolta l'educatore abbia a che fare con un bambino che si presenti *svogliato* e *disattento* debba prima d'ogni altra cosa garentirsi se le funzioni uditive del bambino sono normali. Ed il medico che — specialmente se scolastico — sarà spesso interpellato sulla resistenza mentale di bambini che risultano insufficienti abbia lo stesso pensiero ed escluda almeno questa possibilità.

Vedremo poi come si può procedere con semplicità di mezzi e di cognizioni speciali ad una diagnosi abbastanza esatta. Diagnosi che è di enorme importanza per l'insegnante il quale non può più contentarsi di predicare al deserto ma deve rendersi conto del perchè è arido il terreno su cui semina, diagnosi che assurge ad un vero mezzo di profilassi sociale poichè — essendo quasi tutti i disturbi auricolari dell'infanzia suscettibili di guarigione con adatte cure — si può spesso ripristinare direttamente e rapidamente la via per cui la mentalità può svolgersi e trionfare.

II. Insufficenza nasale.

L'insufficienza nasale è rappresentata dalla difficoltà, fino alla impossibilità, di respirare a bocca chiusa, attraverso il naso.

A) Le cause che impediscono il passaggio dell'aria attraverso le coane sono rappresentate o

da *alterazioni delle cavità nasali* e dei seni o da *ipertrofia dell'anello* di Waldeyer.

Le alterazioni della *cavità* nasali e annesse sono:

a) le deviazioni del setto nasale (congenite o traumatiche, della porzione cartilaginea o ossea del setto o di tutto il setto);

b) le ipertrofie della mucosa da rinite cronica (specialmente del turbinato inferiore);

c) l'ostruzione da accumuli di croste (rinite catarrale, eczemi del vestibolo, ozena, corpi estranei);

d) i tumori della cavità nasale;

e) alterazioni dei seni mascellari, dei seni frontali, dell'etmoide o del palato che facendo sporgere la parete nasale corrispondente, ostruiscono la cavità.

L'*anello di Waldeyer* è rappresentato dalle tonsille palatine, la faringea, la linguale e la laringea, collegate da una ricchissima rete linfatica.

La tonsilla faringea ipertrofica assume il nome di vegetazione adenoide, e in tal caso provoca una serie di disturbi dovuti in parte alla sua posizione topografica fra il naso, la gola e l'apertura delle trombe d'Eustacchio, in parte ad alterazioni di ricambio per modificazioni di secrezioni interne.

Anche le tonsille palatine, ma in grado molto minore, possono ostacolare la respirazione nasale perchè comprimendo i pilastri contro la faringe limitano il passaggio dell'aria posteriormente al naso.

Da qualunque di queste cause originata — e a parte di altri disturbi d'indole generale che l'ipertrofia dell'anello di Waldeyer può provocare — la stenosi nasale, ha degli *effetti* disastrosi per l'infanzia. La madre indiana chiude ermeticamente la bocca al neonato perchè respiri per il naso. Un proverbio inglese dice: «chiudi la bocca e ti salverai la vita».

Nelle carte biografiche per gli scolari in Inghilterra e nel Belgio v'è un'apposito questionario che si rivolge alle famiglie per sapere se i bambini nel sonno respirano a bocca aperta e se hanno di quei disturbi — di cui parleremo — che mettono sulla strada della diagnosi di stenosi nasale.

B) Gli effetti della stenosi nasale possono essere i seguenti:

1. Aboliti i vantaggi delle cavità nasali:

a) l'aria si riscalda di 5 gradi;

b) dalle coane proviene quasi tutto il vapore emesso nella espirazione: 526-540 gr. nelle 24 ore;

c) filtro dell'aria (dagli insetti: vibrisse, al pulviscolo e germi; muco germicida).

2. Deformità del viso:

espressione speciale di stupore o di sorriso distratto; alterazioni dello scheletro della faccia (come fu osservato sperimentalmente da Zim tamponando una narice nei cani);

il palato assume la forma di arco gotico, per cui assai frequente è la cattiva disposizione dei denti (specialmente gli incisivi superiori che appariscono incrociati) i quali sono così molto predisposti alla carie.

3. Disturbi delle prime vie respiratorie:

per l'irritazione meccanica e termica dell'aria e del muco sono frequenti le flogosi catarrali e ripetute della faringe e della laringe.

4. Disturbi nella respirazione:

per irritazione del V paio si ha contrazione dei muscoli tensori del velopalatino (obliterazione degli orifici nasofaringei) in modo che il paziente deve respirare con la bocca: nella veglia i movimenti volontari presentano una certa opposizione a questi fatti riflessi ma nel sonno ciò non è possibile e si ha dispnea. Oltre a ciò, per il turgore dei tessuti cavernosi dei turbinati, nel sonno la stenosi si accentua e si ha la sensazione di soffocamento che nei bambini è la causa più frequente del *pavor nocturnus* e del laringo spasmo.

In individui predisposti è assai frequente che in questi casi di stenosi nasale si sviluppi l'asma bronchiale.

Riuscii sperimentalmente negli animali, con l'ostruzione delle narici, e riprodurre l'asma bronchiale così intensa da vederli morire con i caratteri anatomopatologici dell'enfisema polmonare.

La diminuita quantità d'ossigeno respirato, i disturbi circolatori d'ordine asfittico furono segnalati spesso come causa di *glicosuria*.

5. Alterazione della voce:

La faringite cronica e la laringite che spesso segue, alterano la voce e predispongono questi organi all'attecchimento della tubercolosi. È noto il timbro nasale di chi respira male col naso.

6. Disturbi olfattivi e gustativi:

Quando le particelle che devono eccitare le terminazioni del nervo olfattorio non possono arrivarvi o la mucosa è troppo arida, l'olfatto si va attutendo e di pari passo diminuisce il gusto.

7. Disturbi oculari:

Per ostruzione del canale nasolacrimale (che sbocca sotto il turbinato inferiore) o per diffusione attraverso questo canale al sacco lacrimale e congiuntiva di malattie del naso (ozena) o dei seni.

Disturbi oculari possono anche esser legati, in modo ancora non ben chiaro, con l'ipertrofia dell'anello di Waldeyer, e con lesioni anche semplicemente catarrali dei seni frontali etmoidali e sfenoidali, forse per i rapporti vasali e di contiguità fra i nervi ottici, e queste pareti ossee. Ricorderemo che il chiasma dei nervi ottici poggia sopra i seni sfenoidali, l'arteria oftalmica dà le arterie etmoidali anteriori e posteriori.

8. Disturbi auricolari:

La stenosi nasale è la causa più comune della stenosi tubaria. Le vegetazioni adenoidi possono addirittura tamponare l'orificio della tromba d'Eustachio.

In casi più lievi il muco che ristagna nella cavità naso-faringea può diffondersi direttamente nell'ostio tubario.

In tutti questi casi l'orecchio medio diventa una cavità chiusa e quindi predisposta alle infezioni purulente. Nel decorso di malattie infettive in questi casi l'orecchio ammalerà certamente.

Nei casi più favorevoli, in cui cioè non si sia stabilito un processo suppurativo, si avrà una otite media catarrale cronica ad andamento di solito lentamente progressivo.

9. Disturbi sull'organismo in genere:

a) L'insufficienza nasale apporta delle alterazioni nello scheletro del bambino. Va da ricordarsi un lieve grado di deviazione della colonna vertebrale sia anteroposteriore che laterale, con le consecutive deformità compensatorie.

c) La scarsa ossigenazione e l'alterazione di secrezioni interne rendono i bambini pallidi e denutriti.

Gioverà ricordare che la tonsilla faringea si trova ipertrofica quasi costantemente nel *rachitismo*, che secondo alcuni autori è in rapporto specialmente con l'alterata funzione del timo. Frequenti sono pure le vegetazioni adenoidi nell'idiozia, che finora ha trovato la maggiore risorsa terapeutica nell'estratto di tiroide, e ottimi sono gli esiti avuti da Hertoghe con la stessa cura negli adenoidei, ritenuti da questo A. affetti in maggiore o minor grado da mixedema o da ipotiroidismo. Anche nel gigantismo e nell'infantilismo si osserva spesso l'ipertrofia della tonsilla faringea come pure negli individui affetti da labbro leporino, da ugola bifida, da palatoschisi, ecc.

Tutto ciò dà un'idea di quanto complessa e svariata possa essere la influenza e l'indice delle vegetazioni adenoidi nell'infanzia e quanto sia importante farne la *diagnosi*.

* * *

C) *Diagnosi.* — I caratteri diagnostici della stenosi nasale sono generali e speciali. I caratteri generali risultano dalla osservazione esteriore del bambino e dall'anamnesi e sono tanto facili a riscontrarsi che dovrebbero essere conosciuti non solo dal medico della scuola, ma anche dagli insegnanti e dalle famiglie.

I caratteri speciali richiedono la osservazione della regione nasale anteriore e posteriore con apposita tecnica.

Raggruppo i caratteri generali avvertendo che non tutti si riscontreranno negli stenotici nasali ma ora predominerà l'uno ora l'altro a seconda degli individui.

Anamnesi: respirazione a bocca aperta (asma): otalgie; cefalea; enuresi notturna; sonno agitato; pavor nocturnus. Facilità a bronchiti, a laringite stridula, a febbri periodiche; a malattie oculari; epistassi.

Sintomi della faccia: bocca semiaperta; angolo facciale molto pronunciato; asimmetrie facciali. Inspirando a bocca chiusa, le pinne nasali tendono a chiudersi.

Alterazioni nel cavo orale: palato ad arco gotico; incisivi superiori incrociati; carie dentaria diffusa; tonsille palatine ipertrofiche; catarro che scende nella faringe.

Alterazioni della voce: voce a timbro nasale o tonsillare; disfonie.

Alterazioni a carico dell'orecchio: suppurazioni croniche spesso bilaterali; diminuzione dell'udito: otalgie.

Deformità del torace: torace poco sviluppato, appiattito nella metà superiore; cifosi dorsale, infossamento sottoclavicolare, proiezione delle spalle in avanti, insellatura lombare.

Condizioni generali: anemia; poliadenite; scarsa resistenza agli esercizi fisici; anorressia.

Condizioni psichiche: intelligenza torpida; disattenzione; svogliatezza al lavoro intellettuale e fisico; memoria limitata.

* * *

Nelle scuole l'esame delle prime vie respiratorie e dell'udito segue due indirizzi. Nel Belgio non solo si esegue un esame rigoroso anche con i mezzi speciali ma, previo permesso delle famiglie, si praticano anche gli atti operatori che si ritengono utili a proteggere l'udito nel bambino.

Il Sindacato francese invece stabilì che non solo non si devono fare atti operativi ma neppure le più semplici manovre esplorative: la patologia e la terapia si devono fare in clinica, l'igiene e la profilassi nella scuola e in tale caso è necessario solamente per parte del medico scolastico un primo lavoro di selezione fondato sull'osservazione dei caratteri generali.

Il sollevamento della punta del naso ci darà un criterio delle condizioni della pituitaria, l'abbassalingua sarà abolito. Facendo inspirare fortemente a bocca chiusa, se v'è stenosi nasale, le pinne si accostano. Con tale sistema più semplice, senza suscitare intoppi nell'insegnamento, senza spaventare i bambini, senza aver bisogno di domandare il permesso alle famiglie si possono visitare rapidamente molti allievi. Pei casi dubbi o complessi il medico scolastico avrà la risorsa dello specialista delle scuole il quale con i mezzi speciali chiarirà la diagnosi. Stabilita la diagnosi ne vengono avvertite le famiglie degli alunni le quali vengono anche messe al corrente dei pericoli sia generali sia specialmente riguardo all'udito che incombe ai loro figliuoli.

Qui deve cessare l'opera profilattica della medicina scolastica salvo a riprendere in esame il bambino dopo che sarà stato curato per con-

trollare gli ottenuti vantaggi specie dal punto di vista pedagogico.

Nella osservazione, sia pure rapida della cavità nasale e faringea specie nelle scuole bisognerà ricordare anche la possibilità di trovarsi di fronte a malattie contagiose.

III. Malattie contagiose del naso e gola che si possono riscontrare fra gli scolari.

La sifilide. — Bocca: L'eritema, le placche erosive, le placche mucose, e l'eruzione pustolosa delle mucose sono assai frequenti manifestazioni secondarie della mucosa buccale, ove pure può riscontrarsi il sifiloma specie nei bambini per contagio diretto acquisito nel bere in recipienti in comune, fatto che ancora purtroppo suole avvenire nelle scuole.

Naso: La sifilide ereditaria dà una rinite che s'inizia dalla primissima infanzia, con secrezione mucopurulenta, sangue e croste e cattivo odore (tanto da scambiarsi con l'ozena) cui seguono carie e necrosi e deformità caratteristica del dorso del naso.

I sifilodermi preferiscono poco la mucosa nasale: anche in questi casi si ha secrezione vischiosa e giallastra.

Gola: Il palato molle, i pilastri e la faringe vanno più frequentemente dell'ugola soggetti a manifestazione luetica (eritema, placche mucose) l'ulcera a stampo è caratteristica. Tutte le tonsille, *anche le accessorie* (difficoltà di diagnosi), sono frequenti sedi di placche mucose: sulle tonsille palatine possono essere più estese tanto da coprirle a guisa di pseudo-membrana aderente e senza tendenza a diffondersi.

Il colorito violaceo opalino, la facilità con cui scompariscono con una sola pennellata di nitrato d'argento, l'anamnesi le faranno ben distinguere dalle afte; (eventualmente esame batteriologico per la difterite).

Tubercolosi. — Bocca: di solito in via secondaria e in forma di processo ulcerativo della mucosa e sottomucosa, eccezionalmente in forma di lupus e di ascesso freddo. Preferito il labbro inferiore verso il solco gengivale e la guancia. Noduli tubercolari, cui segue la ulcerazione specifica, possono aversi sul palato: sulla lingua può aversi ulcera tubercolare primitiva o secondaria.

Naso: Forme torpide e subdole poichè indolori, forma ulcerativa e vegetante: non eccezionalmente primitiva (dito nel naso nei bambini); secrezione purulenta e talora sanguigna: stenosi nasale.

Tonsille: palatine e accessorie, tubercolosi della tonsilla faringea, forma acuta nel decorso di tubercolosi polmonare.

Forma cronica primitiva o secondaria ulcerosa, vegetante, ascesso freddo.

Nella faringe è più frequente ma come forma secondaria: si forma il coagulo e quindi l'ulcerazione, causa di disfagia.

L'*actinomicosi* e la *morva,* non sono state descritte nei bambini, basterà ricordarle: come pure ricorderò appena l'*eresipela* frequente nei bambini linfatici specialmente per le abrasioni del vesticolo del naso d aeczemi e per le inoculazioni dirette con le unghie.

Il *rinoscleroma*: non tanto raro in Italia, preferisce i giovani; tumoretti sporgenti duri che fanno corpo con la mucosa e derma costituiscono un corazza durissima che si estende gemendo liquido vischioso che si addensa in croste: incerto il bacillo del rinoscleroma; prognosi infausta poichè si diffonde alla laringe.

Il *lupus* è frequentissimo nel naso: può aversi anche nel velopendolo tonsille e faringe.

Difterite. — Ricorderò pochi dati.

La *rinite difterica* è spesso primitiva, può decorrere in forma subacuta o cronica e non è diagnosticabile che coll'esame batteriologico, spesso è mite, ma può preannunziare l'insorgere del crup. Il Ballesi osservò 11 volte il bacillo difterico su 63 casi di catarro nasale: forse però in tali casi il bacillo difterico deve considerarsi con saprofita: spesso è con croste o sangue che simulano eczemi delle narici.

Bisogna tenerne molto conto poichè i bambini in tali condizioni frequentano le scuole: specie in casi di epidemie bisogna dunque esaminare tale materiale del naso.

Le forme tonsillari generalmente non si osservano a scuola. In ogni caso sono così caratteristiche per lo meno da sollevare il dubbio. Sarebbe bene che i medici della scuola avessero a disposizione tamponi sterili da prelevare il materiale anche nei casi sospetti, specie in periodi di epidemia.

Ozena. — Nell'antico concetto di Ippocrate e Galeno andava con tal nome — com'indica l'etimologia — un gruppo di malattie del naso accompagnata da cattivo odore.

Ora deve intendersi una malattia d'origine nasale con fetore *sui generis,* croste dell'aspetto di pomice, atrofia della mucosa.

Può diffondersi alla faringe, laringe, orecchio medio, congiuntive. Dal fetore deriva la sua importanza sociale potendo assurgere al punto da esser causa di annullamento del matrimonio e di esenzione dal servizio militare.

Nessuna disposizione invece si è ancora avuta per le scuole, e malgrado io sollevassi la questione nei nostri Congressi, non si è giunti che al punto di.... studiarla perchè mancano elementi da dare dei provvedimenti generali.

Il sintoma obiettivo per cui l'ozena si rivela è quello del fetore ma questo non apparisce che nei gradi più avanzati, di solito insieme all'atrofia, che è spesso preceduta da periodo più o meno lungo di ipertrofia.

Quando i medici scolastici, messi sull'avviso guarderanno un po' più da vicino il naso dei bambini e manderanno allo specialista i sospetti, allora ritengo che anche fra le scuole si troveranno non tanto rari gli ozenatosi, fatto assai importante tenendo conto del pericolo che l'ozena possa essere contagiosa. È bene che io vi metta al giorno di questa questione.

Molte teorie cercarono di spiegare l'etiologia dell'ozena: teoria anatomica, d'origine sinusale, da alterazioni istopatologiche endonasali, da alterato trofismo, da modificate secrezioni interne, ozena costituzionale, d'origine batterica.

Il gran numero di queste teorie denota la loro incertezza; non controllabili e basate sulla osservazione di pochi casi, hanno il carattere di cause predisponenti individuali e non possono

assurgere alla importanza di teorie etiologiche ad eccezione dell'ultima che fu anche la meglio studiata e i cui studî anzi si può dire non sieno ultimati.

Mi tratterrò quindi sulle ricerche batteriologiche come quelle legate a rendere più o meno attendibile la possibilità della diffusione nelle scuole di questa malattia.

Abele Löwenberg isolarono con molta facilità un bacillo capsulato che si riscontra quasi sempre nei casi di ozena.

Belfanti e Della Vedova isolarono un simildifterico — che condusse poi a provare la cura del siero antidifterico nell'ozena — ma si ritiene possa essere un saprofita.

Il Perez (1899) con una speciale tecnica assai difficile isolò un «coccobacillo fetido» assicurandone l'assoluta specificità per l'ozena.

Speciali bacilli furono descritti dal Pes, Gradenigo, Rizzutti e Sforza senza però che gli AA. abbiano ad essi voluto attribuire il significato di agenti etiologici specifici.

È certo che il capsulato di Abel si ritrova sempre nei casi di ozena: assai difficile è trovare quello di Perez — come l'A. stesso avvertiva riferendo la difficile tecnica della ricerca — perchè — come dimostrò Hofer — questo germe viene soffocato dal rigoglioso sviluppo del b. mucosus di Abel.

Con iniezioni sulla vena dell'orecchio di coniglio di culture attenuate si ha secrezione mucopurulenta dal naso e lenta atrofia dei cornetti: filtrando le culture e inoculando il filtrato Hofer trovò le medesime alterazioni anatomo-patologiche il che dimostra che il bacillo fetido di Perez sviluppa tossine solubili: questo, secondo Perez, spiegherebbe lo stato cachettico degli ozenatosi, e la minore resistenza organica non sarebbe più la *causa* ma l'*effetto* della intossicazione generale ozenatosa.

Con successive prove di vaccinazione fatte sull'uomo, l'Hofer ha confermato recentemente la sua idea della specificità del bacillo fetido di Perez avendo osservato una certa reazione della mucosa, la fluidificazione del secreto e la scomparsa del fetore.

Però il Graif pochi mesi fa, pur riuscendo ad isolare il bacillo di Perez e a produrre la morte degli animali non trovava le alterazioni sulla mucosa nasale, nè poteva isolare da questa mucosa dei bacilli.

D'altra parte anche con le semplici iniezioni di siero antidifterico e perfino di siero fisiologico si può avere, per congestione della mucosa nasale, temporanea caduta delle croste e scomparsa del fetore, come avevano dimostrato, credendo aver raggiunto la curabilità dell'ozena, distinti osservatori.

Il Perez riferisce di aver trovato il suo bacillo nella specie umana solo nei casi di ozena: e fra gli animali domestici solo nel cane (muco nasale e saliva) normalmente in numero scarso, in numero grande se il cane è malato.

Da varie osservazioni cliniche di ozena crede ritrovare nel cane un veicolo d'infezione dell'ozena all'uomo (in individui che avevano familiarità con cani e non con altri ozenatosi); riferisce pure altra serie di osservazioni di probabile contagio diretto in membri della stessa famiglia:

in	45	famiglie	2	malati	d'ozena;
»	20	»	3	»	»
»	13	»	4	»	»
»	9	»	5	»	»
»	2	»	6	»	»
»	1	»	7	»	»
»	1	»	8	»	»
»	1	»	11	»	»

Ciò è stato osservato anche da altri, ma di fronte a questi casi sporadici di ozena familiare esiste un enorme numero di casi unici di ozena in famiglie povere ove la promiscuità è resa indispensabile dalle condizioni economiche!

E d'altra parte abbiamo anche malattie non batteriche (linfatismo, gotta) che compariscono in più membri della stessa famiglia.

La questione della contagiosità dell'ozena non sembra quindi ancora risolta, ma è da *temersi* tanto che si è costituito un Comitato internazionale per studiare questa questione veramente sociale.

È bene che il medico scolastico di fronte ad un ozenatoso cerchi — con quel garbo che dev'essere la sua costante preoccupazione di fronte a bambini infelici e tenendo conto dello spirito crudele che anima i compagni contro i più deboli — di isolarlo, sia per il timore del contagio, sia appunto per impedire che il cattivo odore possa essere causa di risentimento presso i compagni.

Contemporaneamente le famiglie dovranno essere sollecitamente avvisate perchè, se non v'è sempre il mezzo di vincere l'ozena, possiamo però avere dei miglioramenti soddisfacenti e sopratutto possiamo ottenere giorno per giorno con opportune cure la scomparsa del sintoma più funesto: il fetore.

(Continua).

Pubblicheremo prossimamente:

MAJOLI U., *La cura del morbillo col siero di morbillosi convalescenti;*

DE MEO F., *Sull'aspirazione delle urine per via uretrale nella ritenzione acuta completa.*

MEDICINA CASTRENSE.

Il chirurgo in guerra.

Appunti presi alla prima lezione del prof. Novaro.

Dato il gran numero di lesioni violente che essa necessariamente apporta, il Pirogoff definì la guerra una *epidemia di traumi,* ma non è tuttavia con ciò men vero che le malattie epidemiche mietano tante vittime quanto quelli e spesso di più ancora. Il fattore infezione è nelle ferite stesse così importante e decisivo, che da quando la nostra scienza lo ha rivelato e combattuto, la stessa Chirurgia di guerra, che prima era sinonimo di demolizioni e di amputazioni, è diventata conservatrice e ciò non già perchè i proiettili dei moderni ordigni di guerra siano più umanitari, ma precisamente perchè avendo noi imparato a precludere la porta alle infezioni che si possono innestare attraverso alle ferite sul nostro organismo, si è eliminata la più grande causa degli insuccessi chirurgici.

La chirurgia di guerra pertanto come specialità a sè, non ha più ragione di essere se non per quanto concerne la organizzazione del servizio sanitario, alla quale evidentemente sono legati il rapido sgombro dei feriti dalla linea del fuoco, i primi loro soccorsi, e la successiva loro sistemazione in adatti luoghi di cura.

Ogni esercito in proposito ha una organizzazione speciale; da noi si è provveduto assegnando 6 medici per ogni reggimento, i quali, assistiti da 12 aiutanti di sanità, stabiliscono già sulla linea di combattimento dei *posti di medicazione*, da dove i feriti sono poi scaricati sulla *sezione di sanità* la quale si trova poco distante dal fuoco (1-2 km.), dispone di personale proprio, ha un deposito di medicazione, e può all'occorrenza impiantare ospedali da campo da 20 fino a 200 letti. Dietro a questa sta la tappa di testa con ospedali da campo da 100-200 letti, e quelli della Croce Rossa.

Qualunque sia peraltro la organizzazione sanitaria di prima linea, è certo che, date le masse enormi di combattenti ed il numero stragrande di feriti che spesso si ha negli scontri, non sempre sarà possibile soccorrerli tutti adeguatamente, e neppure gli stessi portaferiti, data la radenza dei proiettili dei fucili moderni, che fino ai mille metri è all'altezza dell'uomo, potranno sempre assolvere il loro pietoso compito senza essi stessi restar vittime del fuoco nemico.

Senonchè fortunatamente il 50 % dei feriti presenta lesioni non gravi e quindi sono in grado di recarsi essi stessi al posto di medicazione.

Ora, quali saranno le norme generali che noi dovremo seguire se chiamati ai primi posti di medicazione?

Ogni qualvolta si tratti di ferite d'arma da fuoco, penetranti o meno poco importa, purchè non ledenti organi vitali, noi ci guarderemo bene dal toccare le ferite con le mani, con sonde, specilli od altro e ci limiteremo ad applicare su di esse, dopo averne pennellata la cute circostante con tintura di iodio, il pacchetto di medicazione che, com'è noto, ogni soldato ha con sè e dei quali ad ogni modo sono largamente provvisti i portaferiti e gli aiutanti di sanità.

Dopo questo semplice trattamento dal quale voi non dovrete derogare tutte le volte che vi troverete di fronte ad una ferita non complicata dei tessuti molli, il ferito dovrà esser accompagnato alla sezione di sanità.

Più arduo sarà invece il vostro compito trattandosi di ferite gravi, che interessino cioè ad esempio lo scheletro, che diano emorragie ecc.

Le fratture semplici dovute a palle di fucile poco richiedono, a meno che non siano prodotte entro i 500 m. del tiro, nel quale caso il proiettile determina, specie se puntuto, dei fatti di vera esplosione al pari delle « dum-dum »: le ossa ridotte in piccolissime schegge, vengono disseminate, proiettate nelle parti molli circostanti ed allora, se siano lesi vasi o nervi importanti, sarà necessario procedere senz'altro alla amputazione. Salvo in casi però così tremendamenti distruttivi da obbligare all'intervento immediato, in ogni altro caso, dopo aver trattato la ferita nel modo già detto, limitandoci ad asportare con pinze sterilizzate, mai con le mani, le schegge ossee che eventualmente sporgessero dai tessuti molli, cercheremo di immobilizzare l'arto come meglio ci sarà dato con docce, aste di legno, fucili, baionette, ecc., e faremo trasportare il ferito alla sezione di sanità preoccupandoci più che tutto di allontanare ogni causa di infezione dalla parte lesa e che questa subisca meno scosse possibili.

I proiettili dei fucili, difficilmente, salvo casi di esplosione, danno emorragie esterne notevoli, prima di tutto perchè i fori di ingresso e di uscita sono piccolissimi e secondariamente perchè fra la cute ed i vasi lesi vien subito a mancare il parallelismo, onde il sangue stesso che fuoriesce, infiltrandosi sotto l'aponeurosi, viene a far da compressore. Come ben si comprende in questi casi non interverremo al posto di medicazione, ma sì bene alla sezione di sanità, ove con le dovute regole dell'asepsi si provvederà a che queste raccolte sanguigne non offrano un ottimo pabulum alle eventuali infezioni.

La entità delle ferite da palle di fucili può esser aumentata dal fatto che esse avendo talora il centro di gravità molto all'indietro, subito dopo percorsi i primi 700 m., come ad es. le tedesche, si inclinano e colpiscono di fianco, de-

Valore terapeutico del "Lactol" in ginecoiatria.

Numerosi sono gli studi fatti da vari autori sulla influenza di taluni preparati, medicamentosi ed alimentari ad un tempo, quali ad esempio il Lactol, sugli stati di esaurimento di iponutrizione, di convalescenza. Non era stata però fatta fin'ora alcuna ricerca sul Lactol, in rapporto a quei disturbi funzionali e organici della donna a cui si connettono gravi perturbamenti nella nutrizione generale e della funzionalità dell'apparato genitale. A ciò ha provveduto opportunamente l'A. che in una sua interessante nota preventiva espone i suoi primi risultati.

Giustamente egli accenna all'azione che l'ovario col suo prodotto di secrezione interna, esercita sul bilancio del Ca e del Ph nell'organismo e sulla fissazione dei sali relativi nelle ossa, in rapporto all'azione più o meno antagonistica di altre ghiandole a secrezione interna, e alla conseguente necessità di sorvegliare il bilancio del calcio e del fosforo in donne che presentano disturbi ovarici. Misura massima di previdenza ritiene l'opporsi alle modificazioni morbose del ricambio, con una alimentazione appropriata che valga ad assicurare una opportuna introduzione di sostanze rimineralizzanti in forma organica. A ciò si giunge col razionale raggruppamento molecolare di tutti gli elementi che debbono concorrere al completo rifornimento dell'organismo e con un appropriato stimolo sugli organi a rallentata funzionalità.

L'A., studiando i risultati ottenuti coll'impiego del Lactol da illustri clinici italiani, e mettendoli a confronto con quelli ottenuti nel campo della ginecologia è venuto nel convincimento che il Lactol meriti particolare considerazione nelle forme di alterato ricambio materiale per influenza riflessa della sfera genitale.

L'ha quindi voluto esperimentare in un interessante caso di grave anemia e dispepsia gastro intestinale legato a malattia, insospettata precedentemente, degli organi sessuali (ipertrofia del collo dell'utero, endometrite cervicouterina, ovarialgia bilaterale).

Sottoposta la paziente ad una severa cura di Lactol, per un periodo di tre mesi, associando delle lavande vaginali di borato di soda che vennero però irregolarmente praticate, si ebbe un così rapido miglioramento che la paziente ritenne superflua una ulteriore sorveglianza medica.

L'A. benchè non dia come definitivo il suo giudizio sul valore del Lactol in ginecologia, a causa del troppo breve periodo di osservazione, sostiene che nel soggetto in esame era evidente il processo di debilitazione organica e di disordini funzionali in rapporto all'alterata funzione sessuale, e che una insperata modificazione di fenomeni morbosi psicofisici fu apportata dalla somministrazione del Lactol.

Prof. Dott. Muzio Pazzi
Libero Docente Universitario
Direttore Scuola Samaritana Bolognese

"LACTOL" Dott. Foglino

Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano

Con l'approvazione dell'eminente Clinico genovese, il Dott. Foglino valente farmacista di Torino, ha composto questo prodotto farmaceutico il quale accoppia le proprietà di alimento a quello di medicamento e che riesce perciò efficacissimo in quelle varie condizioni morbose nelle quali si devono soddisfare queste due indicazioni.

Il "Lactol" è infatti il resultato della associazione dei grassi del latte, di principii fosfatati, di acido fosfoglicerico e di vari fermenti digestivi (diastasi, pepsina, pancreatina), tutte sostanze, come si vede, delle quali è universalmente riconosciuto un considerevole valore dietetico e medicamentoso.

La bontà della preparazione del Dott. Foglino ha ottenuto la sua piena sanzione nella prova pratica sui malati. Essa è provvidenziale nei casi diversi di debolezza organica sia che questa derivi da alterazioni costituzionali o sia l'effetto di malattie di lungo corso che hanno logorato l'organismo.

È riuscita di molta utilità nei bambini di costituzione gracile e quindi inclinati al rachitismo e alla atropsia. È un medicamento indicato in genere nelle varie forme di anemia, indicatissimo nelle gastropatie (catarri cronici, gastriti ulcerative), dove urge l'uso di sostanze che in piccolo volume forniscano all'organismo potenti energie nutritive. È facile intendere che in forza della sua composizione il "Lactol" è indicato e reca benefizi in quelle svariate condizioni morbose del sistema nervoso nelle quali il tessuto si mostra esaurito, quindi nella neuro-astenia, così comune ad osservarsi, nell'isterismo, nella psico-astenia ed in genere negli stati consuntivi.

Avendone fatta assai larga prova nel servizio medico a me affidato nell'Ospedale di S. Maria Nuova, ho potuto confermare le asserite virtù della preparazione Foglino alla quale spetta perciò una felice riuscita nella prova pubblica che sta per farsene.

La preparazione "Lactol" è accetta ai malati grandi e piccoli per il suo gradevole gusto e i piccoli in specie la usano considerandola come una ghiottoneria.

Dott.: Marcacci Giorgio
Primario Medico nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova di Firenze.

"Lactol"

Dott. E. Foglino

Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano.



—::— Alcuni certificati Medici —::—

Prof. Dott. Giuseppe Cardi — Rimini, 10 Luglio 1913.
Medico Primario e Direttore
— OSPEDALE DI RIMINI —

Ho sperimentato il " Lactol „ del Dott. Foglino di Torino: posso affermare che esso è un ottimo rimedio ricostituente in stati di esaurimento nervoso e di denutrizione organica: esso mi ha bene corrisposto anche nella terapia infantile, nella quale è perciò raccomandabile.

Firmato: Dott. Prof. G. CARDI
Medico Primario Docente Patologia Medica nella R. Università di Modena.

Prof. Comm. CESARE CATTANEO — Parma, 19 Giugno 1913.
Direttore della Clinica Pediatrica della R. Università di Parma
Direttore dell'Ospedale dei Bambini di Milano

Il " Lactol „ Foglino (glicerofosfati tridigestivi al latte), è stato da me ripetutamente esperimentato. Piacevolissimo al palato, viene dai bambini preso volentieri, è perfettamente tollerato e la sua indicazione precipua è nelle forme di astenia in ispecie dei piccoli bambini convalescenti di malattie infettive, sopratutto dell'apparato digerente.

Firmato: Prof. Comm. CESARE CATTANEO



CLINICA CHIRURGICA — Parma, 10 Luglio 1913.
— PARMA —

Ho fatto uso del " Lactol „ preparato dal Dott. Foglino, secondo la formola del Prof. Maragliano e l'ho trovato utilissimo per i pazienti operati di stomaco, in quanto bene tollerato e gustato e nutriente. Per questa sua proprietà è utile anche in tutte le affezioni, nelle quali esiste una debilitazione dell'organismo

Firmato: Prof. Dott. Comm. A. CECCHERELLI
Direttore Clinica Chirurgica della R. Università di Parma.

Dott. Prof. Cav. FILIPPO LESSONA — Torino, Maggio 1918
Docente di Ostetricia nella R. Università di Torino

Egregio Sig. Dott. E. Foglino,

Ho usato il " Lactol „ da lei preparato nella mia clientela e lo trovai molto utile nei casi di astenia nervosa e come ricostituente pei bambini. La facilità con la quale viene preso e digerito non è ultimo pregio di questa fortunata preparazione.

Firmato: Dott. Prof. FILIPPO LESSONA
Specialista in Ginecologia - TORINO - Via Donizzetti, 9.

LACTOL - Scatola grande L. 3,00 - Scatola saggio L. 1,00

Presso le buone Farmacie e presso la SOC. ANON. FARMACEUTICA TORINESE - Via Principi D'Acaia. 44 - TORINO

terminando, si capisce, una più estesa soluzione di continuo.

Le ferite del torace, tranne i casi in cui son colpiti organi vitali, o grossi vasi, non presentano gravità nè richiedono intervento di sorta, almeno in primo tempo. Lo stesso dicasi in quelle dell'addome, nelle quali, quando sia leso solo l'intestino, il pericolo di morte è relativamente piccolo, a patto però che questi feriti siano lasciati massime nelle prime 24 ore nella più completa immobilità, curandone il trasporto con barelle a mano, e mai con carri od altro, e siano sottoposti al più rigoroso digiuno.

Le ferite della testa danno il maggior contingente di morti sui campi di battaglia.

Per quanto concerne quelle non immediatamente mortali, osserveremo che la palla può sfiorare il cuoio capelluto determinandovi una abrasione insignificante, oppure interessarlo in tutto il suo spessore. Nel qual caso non potendo essere sicuri sulla integrità o meno del tavolato interno, sarà bene fare un'accurata toeletta della parte asportandone i capelli con un po' di solfuro di bario sciolto in acqua (*NB.* Due minuti dopo l'applicazione di questa poltiglia, si porti via l'eccesso di solfuro lavando con acqua, chè se no vien intaccata anche l'epidermide); dopo di che si medicherà come abbiamo insegnato e si invierà il ferito alla sezione di sanità, non mancando però di segnalare l'eventuale pericolo a carico delle ossa craniche.

Quando poi le lesioni del cranio siano evidenti rimetteremo senz'altro, salvo una fasciatura protettiva, il ferito alla Sezione di sanità ove con tutte le regole dell'asepsi provvederanno ad asportare i capelli, allargare la ferita, estrarre le scheggie, ecc.

Ferite ben più temibili di quelle di fucile, in rapporto alle infezioni, sono quelle prodotte dagli shrapnel e dagli ordigni esplosivi in genere carichi a pallottole, chiodi, pezzi di ferro, ecc.

Tutti questi ingredienti infatti non colpiscono i combattenti quasi mai direttamente, ma sibbene dopo aver urtato o per terra od altrove, per cui assai più facilmente si infettano e l'infezione arrecano nei tessuti, sui quali e per la loro forma ottusa e per la loro minore forza viva producono lesioni più estese e maltrattate dei proiettili da fucile.

Tali ferite di regola noi tratteremo, al posto di medicazione, come quelle da palla di fucile; ricordandoci però che col terriccio che simili proiettili spesso trasportano nelle ferite, può immettervisi eziandio la infezione tetanica, praticheremo subito al paziente una iniezione preventiva di siero antitetanico, tanto più che ciò non rappresenta per esso inconveniente o pregiudizio di sorta.

Quando poi ci troveremo di fronte a ferite prodotte da grosse scheggie, ad es. di granate, cui segua una forte emorragia, noi, senza neppure preoccuparci di togliere le schegge del proiettile, applicheremo subito una medicazione protettiva ed anzichè indugiarci con mezzi inadeguati e non asettici a frenare tale emorragia, zafferemo la ferita, lasciando alla Sezione di sanità di congruamente provvedere all'emostasi.

È da ricordarsi però che il tampone, opponendosi all'uscita del sangue già stravasato e dei secreti della ferita, viene così a preparare un eccellente terreno ai germi patogeni; tanto è vero che nei Balcani ed in Manciuria avendo i feriti tamponati dovuto percorrere molti chilometri per giungere all'Ospedale, vi giungevano con fatti di infezione già progredita.

Noi limiteremo perciò il tamponamento ai casi di emorragie davvero gravi, ed in ogni altro caso applicheremo sulla ferita della garza idrofila che porterà così all'esterno e sangue e siero, togliendo ad una eventuale infezione il modo di svilupparsi rigogliosamente.

L'esperienza dell'attuale guerra ci insegna che particolarmente facili alla infezione sono le ferite prodotte dalle così dette *bombe a mano*, le quali per essere il più delle volte improvvisate dagli stessi soldati contengono proiettili d'ogni sorta e tutti naturalmente infetti. In queste ferite quindi converrà drenare senz'altro e praticare, come già si disse, l'iniezione antitetanica.

Fra le forme di infezione poi si è dimostrato frequente il *flemmone gangrenoso*, contro il quale disgraziatamente si è tuttora troppo spesso impotenti. L'uso dell'acqua ossigenata per via di irrigazioni e drenaggi abbondanti, e per via di iniezioni attorno al focolaio, pare sia riuscito talora proficuo.

Quando però il processo ha carattere invadente si impone il sacrifizio della parte. Del resto tutto ciò, ben si capisce, sia perchè il flemmone gangrenoso si sviluppa solo più tardi, sia per la durata e portata dell'intervento, non è naturalmente compito da espletarsi al posto di medicazione, sibbene più all'indietro.

Genova. Dott. G. L. PETRILLI.

La meningite cerebro-spinale.

Da una conferenza tenuta dal prof. A. BIGNAMI, *per iniziativa della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma.*

L'opinione pubblica e il mondo medico sono stati, poco tempo addietro, impressionati dalle notizie di un'epidemia di meningite scoppiata fra le reclute della provincia di Potenza e im-

portata in quella di Milano; la scarsezza di dati precisi, ha fatto pensare che la estensione e gravità della malattia fossero maggiori di quanto in realtà non fu. Il fenomeno della riapparsa dei casi di meningite cerebro-spinale epidemica ai primi segni della primavera è, si può dire, abituale.

Dal quadro multiforme delle meningiti si era già isolato, avanti di conoscere l'agente specifico, questo tipo epidemico, le cui prime notizie esatte risalgono al 1805, quando infierì a Ginevra; altre epidemie consimili invasero l'Europa centrale e orientale e gli Stati Uniti nel 1806, 1864, 1872. Nel 1884 Marchiafava e Celli, in tre casi, osservarono nell'essudato meningeo d'individui venuti a morte un *germe intracellulare gonococciforme*. Nel 1887 Weichselbaum, studiando sei casi sporadici di meningite cerebro-spinale, isolò dal pus meningeo lo speciale microrganismo, cui diede il nome di *diplococcus intracellularis meningitidis*.

Si tratta di un cocco che rassomiglia molto al gonococco, sia per la forma, sia per la frequenza con cui si trova entro il protoplasma dei leucociti, sia per il fatto che *non resiste al Gram*.

Nel 1895 Jäger ebbe occasione di studiare un'epidemia di meningite cerebro-spinale in un reggimento del Württemberg; in 8 casi su 10 esaminati trovò nel pus meningeo raccolto dal cadavere un diplococco intracellulare che aveva la forma del precedente, ma che a differenza di questo era *Gram-resistente* e si sviluppava nei terreni di coltura alla temperatura ambiente; da alcuni autori si è voluta creare una varietà, un *tipo Jäger*, che altri oggi negano. Praticamente è bene attenersi ai caratteri classici del diplococco intracellulare.

Questo si trova anzitutto nel liquido cefalorachidiano dei malati di meningite cerebro-spinale il più delle volte in *coltura pura;* talora soltanto è associato al pneumococco, allo stafilococco e streptococco piogeno, al bacillo di Pfeiffer, a quello della tubercolosi. Nel liquido rachideo si trova molto più di frequente al principio, che nei periodi inoltrati (fu notato tuttavia anche al 40° e persino al 75° giorno di malattia). La localizzazione extrameningea più importante dal punto di vista etiologico e patogenetico è quella *naso-faringea,* che si osserva in quasi tutti i pazienti, ancor prima dello scoppio dei sintomi meningei (*coriza premingitica*). Inoltre il diplococco in parola si può trovare nel rino-faringe non solo dei malati e dei convalescenti di meningite cerebro-spinale, ma pure nelle persone sane che hanno avuto contatto con essi (*portatori*).

Nell'essudato meningeo, all'inizio della malattia, i cocchi si presentano per lo più appaiati, a forma di chicco di caffè; talora si raggruppano in tetradi. Sono di solito contenuti nel protoplasma dei leucociti; a volte tuttavia prevalgono gli elementi liberi, extracellulari. Nelle colture si hanno variazioni di forma e di colorabilità, le quali si possono vedere già in colture di 24 ore; in esse prevale la disposizione a tetradi. Il diplococco si colora rapidamente con i colori basici d'anilina; non resiste al Gram. L'*optimum* per coltivarlo si ha alla temperatura di 37°, ma si può scendere a 25° o salire anche a 42°; lo sviluppo è più rigoglioso quando i terreni contengono albumine animali o meglio d'origine umana (agar con aggiunta di liquido ascitico, pleurico o di idrocele). Sulle piastre di agar-ascite dopo 24 ore a 37° si osservano delle colonie rotonde, del diametro di 1-3 mm. abbastanza trasparenti, rilevate, di colore bianco-grigiastro, omogenee, a contorno regolare o lievemente sinuoso; dopo qualche tempo hanno colorito brunastro al centro. Sulla patata lo sviluppo è scarso; nel latte non si ha coagulazione; nel brodo comune lo sviluppo è lento, porta a poco a poco all'intorbidamento del terreno di coltura, cui succede il deposito di un sedimento e la formazione di una pellicola in superficie.

Non si forma indolo. L'aggiunta di glucosio al 2-5 % facilita lo sviluppo. Questo diplococco ha la proprietà di scomporre il maltosio e il destrosio e non altri zuccheri, come il levulosio, la mannite, la dulcite; tale potere serve per differenziare la specie da altre affini.

Il germe è poco resistente; appena estratto il liquido cefalo-rachideo deve essere seminato, basta trascorrano alcune ore, talora il semplice trasporto a qualche distanza per impedire lo sviluppo. Le prime colture fatte dal materiale patologico talora non riescono, specie se non vengono usati i terreni più adatti (agar-ascite). Alle alte temperature è poco resistente; a quella ambiente non solo non si sviluppa, ma perde entro 5-6 giorni la sua vitalità. Anche all'essiccamento resiste pochissimo; poichè l'essiccamento è meno rapido, le colture in terreni liquidi durano più a lungo. Nei secreti albuminosi (pus, catarro nasale) resiste un poco di più all'essiccamento, poichè si forma in superficie una pellicola che modera l'evaporazione. I disinfettanti chimici uccidono rapidamente il diplococco; i vapori di formalina, che si usano di solito per la disinfezione degli ambienti, lo uccidono in 3-4 ore. Le sostanze usate a scopo profilattico per lavande boccali, rino-faringee (protargolo 1 %, mentolo, acqua ossigenata) uc-

cidono in pochi minuti le colture, ma in pratica la disinfezione del cavo naso-faringeo riesce pressochè impossibile per l'anfrattuosità della mucosa, la presenza di muco, la posizione e struttura anatomica.

Poichè il quadro della meningite cerebro-spinale si svolge talora con grande rapidità e con segni d'intossicazione acutissima, furono ricercati dei prodotti tossici nelle colture; ma tali ricerche diedero risultati incerti o negativi. È probabile che più che tossine solubili, il diplococco dia delle *endotossine*, le quali si liberano per autolisi (Flexner) e che vengono iniettate ai cavalli per ottenere il siero antimeningococcico.

La virulenza varia molto secondo gli animali e, per lo stesso animale, secondo lo stipite adoperato; le iniezioni sottocutanee riescono in generale innocue, si sceglie la via intrarachidea (cane, capra) o quella del cavo naso-faringeo. Il ratto è refrattario, il coniglio poco sensibile.

Per la diagnosi batteriologica *in vivo* si prende il materiale dal liquido cefalo-rachideo estratto con la puntura alla Quincke, dal sangue, dal secreto naso-faringeo; prelevato il materiale è necessario procedere con la massima sollecitudine alle indagini e all'allestimento delle colture, perchè il germe è poco resistente; anche tenuto a temperatura ambiente per poche ore perde la facoltà di riprodursi nei terreni di coltura. La dimostrazione nel liquido rachideo di diplococchi non resistenti al Gram, intracellulari, dalla forma a chicco di caffè, permette di stabilire con sufficiente certezza la diagnosi dell'agente della meningite cerebro-spinale.

Per la diagnosi batteriologica del secreto naso-faringeo non basta il semplice esame microscopico, poichè nelle cavità nasali e nella faringe, anche normale, ma più di frequente nelle affezioni catarrali delle prime vie respiratorie, si osservano dei diplococchi Gram-negativi, spesso intracellulari, che dal punto di vista morfologico non si possono distinguere dal diplococco che ci interessa; così non è possibile distinguere il *micrococcus catarralis* di Pfeiffer, le tre varietà del *diplococcus flavus*, il *micrococcus pharyngis siccus*, quello *cinereus*. È importante notare ciò, poichè dobbiamo ritenere dubbie tutte le ricerche fatte su portatori, le quali si siano limitate al solo esame microscopico; per la sicura diagnosi differenziale è necessario ricorrere alle colture e alle prove di fermentazione degli zuccheri, all'agglutinazione, alla reazione precipitante. Bisogna tener presente, nel valutare l'agglutinamento, che il siero normale di coniglio e di cavallo agglutina le colture di diplococco nelle diluizioni rispettive di 1:10 e di 1:50; mentre il siero preparato deve possedere detta virtù in forti diluizioni (1:100-1:1000).

A noi basteranno qui pochi cenni sulla sintomatologia: l'inizio del morbo è per lo più rapido, tumultuoso.

Il malato presenta profondo malessere, cefalea fierissima, vomito, elevazione brusca della temperatura, accompagnata sovente da brivido, abbandono delle forze. A questi segni d'invasione si aggiungono presto, talora nelle prime 24 ore, quelli caratteristici: contrattura dei muscoli della colonna vertebrale, che si accentua nella regione cervicale sino a dare un vero crampo permanente dei muscoli nucali. Tale contrattura può raggiungere quel grado estremo che s'osserva nel tetano grave; a un esame superficiale le due malattie si potrebbero confondere (nella meningite cerebro-spinale i muscoli masticatori sono rilasciati). Alla contrattura dei muscoli della nuca e del dorso s'associa quella degli arti: Kernig evidente, tendinei esagerati, dermografia pronta e persistente.

Oltre la cefalea intensa vi sono dolori intensi lungo i tronchi nervosi; vivace iperestesia cutanea (i malati accusano spesso sensazione di freddo se vengano scoperti anche in ambienti riscaldati), spesso si ha iperestesia uditiva e fotofobia. La psiche è in uno stato di eccitazione che può andare sino al delirio; se in molti casi non si ha perdita della coscienza, altre volte il paziente cade in coma profondo. La temperatura in genere si mantiene elevata, con remittenze; talora soltanto è intermittente. Il polso, frequente al principio, può diventare raro e aritmico nel periodo di stato; il respiro frequente e superficiale, si fa irregolare e periodico nello stadio terminale infausto. La stipsi è rara; l'*herpes* può estendersi su larga superficie.

Questi sintomi vanno soggetti ad alternative di accentuazione e di remissione: non di rado la malattia si riacutizza dopo un periodo di tregua dei segni morbosi, che poteva far sperare prossima la guarigione; così il decorso e la durata di questa meningite sono molto variabili, si può andare dalle forme acutissime, fulminanti, che uccidono in pochi giorni, a quelle che durano 2-3 settimane, infine a quelle che terminano con la guarigione o con la morte dopo molte settimane o mesi di malattia. Nei casi favorevoli si può avere *restitutio in integrum* perfetta, oppure dei reliquati in forma di paralisi o paresi dei muscoli degli arti (dita della mano, ecc.) o dell'occhio, sordità, idiozia, idrocefalo.

La diagnosi si stabilisce in base ai sintomi clinici e al reperto della puntura lombare: con questa si estrae un liquido torbido, ricco di leu-

cociti, ma anche e talora in prevalenza fuori delle cellule si trovano i diplococchi con i noti caratteri: in pratica la diagnosi si può formulare in base a questo reperto. L'albumina del liquido cefalo-rachideo è aumentata (1-3 per mille), le sostanze riducenti sono diminuite o assenti. Nei casi lievi e nel periodo cronico della malattia l'esame batteriologico del *liquor* può dare risultato negativo, tanto sono scarsi i germi. Facendo agire su di esso, dopo centrifugato e chiarificato, un siero anti-meningococcico agglutinante, si pone in evidenza la presenza di precipitine specifiche.

Deve esistere una immunità naturale per la malattia, poichè molte sono le persone che avvicinando gli ammalati divengono *portatrici* di germi nel cavo naso-faringeo, trasmettono la malattia ad altri, ma non si ammalano: di recente è morta di tale meningite una bambina, la cui madre era sarta presso le forniture militari (Sampietro). Durante e dopo la malattia si producono nell'organismo delle sostanze che hanno rapporto con i processi immunitari: nel sangue dei malati fu dimostrata la presenza di anticorpi specifici.

Le epidemie di meningite cerebro-spinale non si diffondono rapidamente e sopra estese zone come quelle di tifo, di colera, di peste; talora uno o più casi restano isolati, senza connessioni evidenti con altri casi. Ferraresi vide colpiti tutti i componenti di una famiglia di contadini, abitanti in una capanna sperduta nell'Agro romano. L'inizio dell'epidemia è lento; si cominciano ad osservare dei casi sporadici, che a poco a poco si moltiplicano dando alla malattia carattere epidemico. È assodato che a recrudescenze epidemiche del morbo segue quasi sempre nella località infettata e nelle regioni vicine la continuazione della malattia stessa in forma di casi sporadici (Hirsch, *Patologia geografica*).

Le moderne conoscenze che possediamo sul modo di propagarsi di questa meningite possono in gran parte spiegare detti caratteri epidemiologici: il suo diplococco deve considerarsi come un ospite obbligato dell'uomo. Esso è pochissimo resistente, specie all'essiccamento, e fuori dell'ambiente umano muore rapidamente: ciò dà ragione del fatto che la sua presenza è stata dimostrata solo nel corpo umano. Non solo si trova spesso nel secreto naso-faringeo dei meningitici, ma si rinviene con una certa frequenza nella faringe di persone che hanno contatto con questi ammalati e che possono essere perfettamente sane o presentare segni di coriza lieve o di faringite. Inoltre il diplococco fu riscontrato anche in individui che non avevano avuto contatto con malati (*portatori*), ove permase per 6-10 settimane. Notevole pure il fatto che il numero dei sani che albergano nel cavo naso-faringeo questo cocco durante le epidemie è dieci volte maggiore di quello dei malati. Tenendo presenti i caratteri epidemiologici del morbo e quanto conosciamo riguardo alla presenza del diplococco nell'uomo, si può affermare che la diffusione si fa per contagio, direttamente da malati a sani, da sani portatori di germi ad altri individui che siano predisposti (bambini, giovani, dopo strapazzi, stagione, agglomeramento), a mezzo del muco naso-faringeo contenente i germi specifici. L'atrio d'ingresso del diplococco è di certo nel cavo naso-faringeo; molti hanno pensato ai linfatici, ma vi si oppone il fatto di molte altre infezioni che albergano nel naso e che non si diffondono dal naso all'interno del cranio e inoltre che i linfatici hanno corrente che dal cranio muove alla periferia. Dei dati sicuri provano che in alcuni casi la via seguìta è quella sanguigna (Westenhöffer, Kutcher); si è potuto invero dimostrare la presenza del germe nel sangue sin dalle prime ore della malattia.

Siccome il contagio avviene a mezzo del muco rino-faringeo, per evitare la diffusione fra coloro che assistono un colpito, e per impedire che, divenendo portatori di germi, essi comunichino ad altri il morbo, si provvederà ad accurata disinfezione degli escreati, della biancheria inquinata, a instillazioni nasali di protargolo, ecc.; i malati saranno isolati. L'isolamento dei portatori è pure raccomandabile per frenare lo svolgersi di un'epidemia, specie nelle caserme o nei collegi; ad onta di ogni cautela a volte dei portatori sfuggono all'esame e diffondono ancora la malattia. Gli ambienti ove dimorarono dei meningitici saranno disinfettati con la formalina.

Le recenti epidemie di Slesia e degli Stati Uniti (1904-06) diedero occasione di provare dei sieri, preparati da Wassermann e Kolle, Jochmann, Russel, Flexner, Dopter ed altri. Questi sieri hanno azione agglutinante e autolitica sui diplococchi e provocano fagocitosi più attiva di essi nel liquido cefalo-rachideo; col loro uso si provoca pure un notevole rialzo del potere fagocitario del sangue rispetto al diplococco. Oggi si usano esclusivamente per via intrarachidea: dopo abbondante fuoriuscita di liquido cefalo-rachidiano si iniettano alte dosi di siero (30-50 cmc.), ripetutamente. L'azione del siero si manifesta efficace, specie su alcuni sintomi, come ad esempio la febbre. È discusso il meccanismo col quale agisce il siero, il quale — per quanto si sa per analoghe ricerche con liquidi colorati

(bleu di metilene) iniettati nello speco, sotto la dura — non risale oltre il bulbo: ad onta di ciò migliorano anche i segni dati dalle localizzazioni cerebrali; forse avviene una vaccinazione nell'organismo trattato.

G. BILANCIONI.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

La cura della sifilide congenita.

(L. FINDLAY e MADGE E. ROBERTSON. *Quarterly Journal of Medecine*, gennaio 1915).

Se vi fosse bisogno di apprendere l'importanza della cura della sifilide congenita, basterebbe considerare da una parte la lunga serie di manifestazioni recenti e tardive, dall'altra la grande perdita di vite umane sotto forma di aborti e di nati-morti. E dalla grande frequenza di questi casi si deve dedurre che i nostri metodi di cura del passato sono stati soltanto in parte efficaci. Il mercurio indubbiamente attenua i sintomi attivi della sifilide, ed in un certo numero di casi rende definitivamente negativa la reazione di Wassermann; ma tutti convengono che soltanto di rado si può avere completa guarigione anche dopo cure prolungate mercuriali.

Nel salvarsan noi possediamo uno spirocheticida più potente, un rimedio largamente sperimentato nella sifilide acquisita, ma ancora molto meno nella sifilide congenita.

Gli AA. ricordano due casi di sifilide congenita condilomatosa, ribelli alle cure mercuriali per parecchi mesi, che guarirono rapidamente dopo due iniezioni endovenose di neosalvarsan; ed inoltre il caso di una ragazza di venti anni, da 12 anni affetta da grave osteite da sifilide congenita, curata sempre senza risultato con preparati mercuriali, e guarita poi con due iniezioni endovenose di neosalvarsan.

I risultati ottenuti dal Findlay nella cura dei deficienti di mente eredoluetici danno maggiore evidenza all'efficacia del rimedio.

La sifilide congenita è stata sempre riconosciuta come una forma ostinata dell'infezione, e senza dubbio questo fatto ed insieme il bisogno di curarla intensamente e per periodi prolungati, hanno finora trattenuto molti autori dalle cure salvarsaniche. Inoltre si è sempre temuto, a cominciare dall'Ehrlich stesso, che questo potente germicida potesse produrre nei bambini una tossiemia fatale dovuta alla liberazione delle endotossine delle spirochete uccise. Ma questo pericolo è stato soverchiamente esagerato.

Per la difficoltà delle iniezioni endovenose nei bambini, il salvarsan è stato in questi somministrato per via intramuscolare, per via rettale, attraverso il latte della madre; ma per queste ultime due vie il salvarsan può avere azione molto limitata.

Nelle prime ricerche fatte su malati esterni, gli AA. hanno usato il salvarsan per iniezioni intramuscolari, ma i dolori intensi che ne seguivano, e le infiltrazioni e le necrosi non infrequenti costituivano inconvenienti talvolta gravi.

Perciò gli AA. vollero praticare la via delle vene; ma essendo necessarie parecchie iniezioni di salvarsan, e non potendo servirsi delle vene del braccio nei bambini senza ricorrere all'incisione, essi seguirono il metodo di Noegerrath, servendosi delle vene del pericranio, che nei bambini sono molto prominenti, specialmente nei bambini emaciati.

Simpson e Thacher utilizzano la vena giugulare esterna; ma l'iniezione riesce molto difficile senza anestesia. Per evitare la difficoltà di dover tenere immobile la testa del bambino per così lungo tempo necessario ad iniettare molti centimetri cubici di liquido, furono usate le soluzioni concentrate di neosalvarsan in molte centinaia di iniezioni. Raramente furono iniettati nei bambini più di 3 o 4 cc. di soluzione salina con 0.05-0.30 gr. di neosalvarsan, e negli adulti 5 cc. con 0.60.

Gli AA. ebbero occasione di tentare la giungulare esterna; ma le difficoltà incontrate fecero abbandonare questa via. (Noi l'abbiamo utilizzata due volte nei bambini, ed in verità, senza incontrare difficoltà speciali. *N. d. Tr.*).

È d'importanza capitale l'immobilizzazione completa della testa del bambino. Si pone questi sopra un letto alto, con la testa poggiata sopra un cuscino ed immobilizzata dalle mani di un assistente, il quale nello stesso tempo comprime il tratto prossimale della vena da iniettare. Con questo medesimo sistema si riesce facilmente ad avere una sufficiente quantità di sangue per la reazione di Wassermann anche nei piccoli bambini.

Gli AA. hanno usato sempre il neosalvarsan, per la sua tossicità minore e per la maggior facilità con la quale esso si scioglie in confronto con l'antico salvarsan. Così hanno praticato circa 400 iniezioni di soluzione concentrata di neosalvarsan. Le dosi più piccole somministrate variavano da 0.02 a 0.03 gr. per chilo, ed in alcuni bambini più grandicelli fino a 0.05 gr.

Welde, dopo lunga esperienza, ha concluso recentemente che la dose migliore per i bambini è gr. 0.1. Gli AA. da una dose iniziale di gr. 0.05 sono gradamente arrivati fino alle dosi di gr. 0.02 o 0.3. Di solito fu fatta un'iniezione ogni settimana; ma considerando che alcuni bambini, gravemente affetti da lue ereditaria, muoiono entro 7-8 giorni, e che invece 5 o 6 giorni dopo la prima iniezione essi rapidamente migliorano, fu creduto opportuno in questi casi di ripetere l'iniezione dentro i primi quattro giorni.

Fra i fenomeni reattivi consecutivi all'iniezione più frequentemente osservati sono stati la nausea ed il vomito (dal 50 al 60 %). Il vomito può durare poche ore, ed anche fino al giorno dopo. A volte si ha lieve diarrea.

In casi rari subito dopo l'iniezione si ebbe brivido intenso, seguito da febbre e cianosi, che ebbero la durata di poche ore.

Talvolta dopo l'iniezione si ebbe aumento del peso del corpo, tal altra diminuzione. In genere dopo la prima iniezione si osserva diminuzione del peso, com'è stato riscontrato anche con le cure mercuriali.

Dei 400 casi così curati, 17 ebbero esito letale. Gli AA. passano in breve rassegna le storie cliniche di questi ultimi, dimostrando che nella massima parte di essi l'esito letale fu dovuto alla stessa malattia, ad affezioni del tratto respiratorio o ad altre malattie febbrili intercorrenti; ed osservano che, essendo la maggior parte dei casi curati in gravi condizioni, essi hanno potuto con queste cure salvare dei casi che avrebbero avuto esito infausto anche con cure più eroiche.

Dei 16 bambini morti dentro tre settimane dopo l'iniezione, nove avevano un'età inferiore a tre mesi quando fu iniziata la cura. In condizioni simili, la percentuale della mortalità mediante la cura mercuriale e salvarsanica fu del 43 %, con la cura mercuriale semplice fu del 71 %.

Incoraggiati da questi risultati e dai lavori del Jeanselme e Galliot e di altri autori, gli AA. hanno sperimentato l'efficacia del salvarsan nelle donne incinte sifilitiche, essendo stato dimostrato da precedenti lavori che con questo mezzo si può avere l'86% di neonati sani e vitali.

La cura *ante partum* della sifilide mediante i preparati iodo-mercuriali può anche dare buoni risultati; ma molto frequentemente, malgrado le cure prolungate, si verificano gli aborti ed i nati-morti, ed i neonati in buone condizioni spesso qualche tempo più tardi presentano manifestazioni specifiche. Galliot ricorda le statistiche di Pinard, Champetier de Ribes, e di Polocki, i quali con le cure iodo-mercuriali molto intense e prolungate son riusciti ad avere una media del 75.9 % di bambini sani.

Ma questa percentuale è ancora molto inferiore a quella del 93.3 % ottenuta dal Sauvage col salvarsan ed a quella del 100 % del Fabre e Bourret.

Gli autori hanno curato sette donne incinte con frizioni mercuriali ed iniezioni endovenose di neosalvarsan. Mai hanno osservato segni di intolleranza. Non hanno mai avuto albuminuria. Hanno sempre usato dosi concentrate fino a gr. 0.6. Con le dosi massime di 0.9 ebbero quasi sempre cefalea intensa e vomito per parecchi giorni. Forse il metodo migliore consiste in dosi più piccole da 0.30 l'una, ripetute settimanalmente finchè la Wassermann non diventi negativa e tale persista. Le frizioni mercuriali però è bene continuarle per tutto il corso della gravidanza.

I neonati crescono tutti in ottime condizioni di salute.

Questi risultati della cura profilattica prenatale della sifilide congenita sono veramente incoraggianti, benchè ancora in numero così limitato.

Il Galliot ha raccolto dalla letteratura 145 casi di donne incinte trattate col salvarsan soltanto; nel 91.72 % di questi casi si ebbero neonati sani e vitali.

Nei sette casi degli AA. la W. R. fu sempre negativa nei neonati, e malgrado la loro giovanissima età si può pensare che essi non alberghino spirocheti viventi, e che quindi più tardi non presentino manifestazioni luetiche.

Perciò è da sperare che la cura salvarsanica prenatale, se se ne diffonde l'uso, possa combattere radicalmente la sifilide congenita e quindi anche l'alta mortalità infantile che ad essa è dovuta.

Gli AA. concludono che il salvarsan ha una efficacia superiore al mercurio nella cura delle manifestazioni della sifilide congenita; che il salvarsan ai bambini ed ai neonati dev'essere somministrato per via endovenosa in soluzioni concentrate utilizzando le vene del pericranio; che nella cura prenatale della sifilide congenita il salvarsan è più efficace del mercurio.

P. SABELLA.

NEUROLOGIA.

La nevralgia spinale di Brodie.

Fra il morbo di Pott, che è una malattia comune, e quella speciale nevrosi del rachide, che dopo Brodie prese il nome di nevralgia spinale, malattia piuttosto rara, esistono rapporti sintomatologici tali da poter mettere in imbarazzo il medico chiamato a formulare la diagnosi; la quale tanto più si impone, in quanto evidentemente porta in ciascun caso differenti conseguenze prognostiche e terapeutiche.

L'Aimes (*Progrès méd.*, n. 25, 1914) parte da un caso da lui osservato, per ricapitolare in breve sintesi quanto riguarda la clinica della malattia di Brodie.

Il caso in questione, che non è di quelli più difficili a diagnosticare, riguardava una fanciulla tredicenne, che, ospedalizzata come una pottica, presentava all'esame obbiettivo una ampia cifosi dorsale, non accompagnata da contratture, nè paresi.

Colla palpazione si risvegliava un punto doloroso, non profondo ma superficiale, in corrispondenza della prima vertebra dorsale; la pressione era pure dolorosa nei cavi ascellari, specie di destra, e una zona iperestesica si aveva sulla mammella dello stesso lato. Zone di ipoestesia ed anestesia nell'ascella sinistra, nei condotti uditivi, nelle fosse nasali; velo pendolo e cornea insensibili. Riflessi conservati, campo visivo normale. La palpazione dell'addome fa rilevare una specie di corpo rotondo, che si muove sotto le dita in corrispondenza dell'ovaio sinistro.

Ed in tutto l'esame obbiettivo un dato che colpisce è che l'inferma, quando si palpa sulle zone sensibili e specie sulla colonna vertebrale, si agita e si contorce vivamente, invece di rimanere immobile il più possibile, come fanno gli ammalati di carie pottica.

In questa storia brevemente riassunta vi sono dati sufficienti (agitazione, carattere localizzato e superficiale del dolore, zone anestesiche, ecc.) per formulare la diagnosi di nevralgia spinale isterica, nel senso di Brodie, ed escludere il morbo di Pott. Però non è sempre così, e perciò sarà utile riassumere i punti principali, che devono guidare il medico per differenziare le due affezioni spinali.

1° Come dice lo stesso nome, il sintoma culminante della nevralgia spinale è il dolore, che ha speciali caratteri. Compare per lo più bruscamente, assai limitato o esteso lungo la colonna vertebrale, spesso accompagnato con irradiazioni toraciche, scapolari od ascellari; in generale il dolore è vivo, ma può essere anche sordo e variare di intensità, come pure può essere continuo, esacerbandosi parossisticamente sotto i movimenti e la pressione, ovvero esser fugace e scomparire rapidamente.

Ciò che distingue ad ogni modo questo dolore è la sua superficialità, essendo limitato quasi alla pelle.

Tutti questi caratteri del dolore spinale nevralgico sono lontani da quelli del dolore pottico, che è muto, continuo, stabile, profondo. Nella nevralgia di Brodie manca, a differenza del morbo di Pott, il segno di Wrencke, cioè il risvegliarsi del dolore nella regione ammalata quando si eserciti una pressione sulle spalle o sulla testa.

2° L'attitudine del malato è nel morbo di Pott governata dal dolore, che risvegliandosi coi movimenti, tiene immobilizzati gli infermi e irrigidita la loro colonna vertebrale; nella Brodie invece questo atteggiamento è solo eccezionale, poichè di regola i malati si muovono e si agitano, conservando l'elasticità del loro rachide.

3° Nessun indizio speciale, per la sua variabilità nelle due forme, può desumersi dalla deformazione ossea.

4° Ove esistano paralisi muscolari sarà facile distinguere la paralisi isterica della forma di Brodie, la quale insorge in modo brusco ed in alcuni casi può scomparire per ripresentarsi, dalla paraplegia pottica, che sopravviene lentamente e progressivamente e migliora solo con un trattamento razionale, che viceversa lascia indifferenti le forme isteriche.

5° Nella malattia di Brodie esistono invece turbe sensitive, variabili come nell'isteria.

6° L'anamnesi spesso rivela antecedenti manifestazioni isteriche e nuovi attacchi si possono provocare durante la ricerca dei punti dolorosi. Stimolando e pizzicando la sede del dolore dorsale, l'infermo avverte sensazione di bolo, mancanza di aria, pulsazioni temporali violente, ecc. Nuovi dati isterici possono esser forniti dall'esame psichico e del campo visivo.

7° Gran valore ha lo studio dei riflessi, che nel morbo di Pott subiscono variazioni costanti.

8° La presenza di ascessi freddi è decisiva dal canto suo per diagnosticare un Pott. È un fatto eccezionale quello segnalato da Brodie della esistenza di falsi ascessi freddi nella coxalgia isterica.

9° Non va trascurato mai l'esame radiografico, che fornisce indiscutibili dati di fatto nella presenza di carie vertebrale.

Come si vede esistono molti punti per una netta e chiara diagnosi differenziale; ma ove questa rimanga ancora per qualche motivo oscu-

ra, si consiglia di trattare l'ammalato come affetto da morbo di Pott ed iniziare la cura adatta, senza perdere tempo.

La prognosi della malattia di Brodie è buona *quoad vitam,* perchè si finisce colla guarigione: ma bisogna tener presente che questa può farsi attendere lunghi anni, con tutti i pericoli che durante tale degenza, talvolta nella immobilità, può nuocere in vario modo per sè stessa all'infermo. A periodi di remissione o di apparente guarigione del male possono seguire ricadute.

La terapia della nevralgia di Brodie o pseudo-morbo di Pott isterico è quella stessa dell'isterismo: aria aperta, idroterapia, psicoterapia, igiene. Per calmare i dolori si cominci coll'usare localmente i rimedi più semplici, anche per il loro effetto suggestivo: linimenti, massaggio, elettricità; quindi si può ricorrere all'oppio (che è stato usato anche ad alte dosi) ed al cloralio.

G. SABATINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia delle scienze mediche in Palermo.

Seduta del 27 marzo 1915.

Presidenza del Prof. E. TRICOMI.

Prof. T. CIMINO. *Ipertrofia prostatica e prostatectomia.* — L'A. comincia col far rilevare come l'ipertrofia prostatica fino a un ventennio addietro era divenuta malattia inguaribile; si affidava il malato al catetere e si stabiliva la cura palliativa. Sotto l'impulso dell'entusiasmo suscitato dall'operazione del Frejer si riprese da ogni parte lo studio dell'ipertrofia prostatica. Gli studi del Motz avevano già fatto giustizia delle vecchie teorie sulla natura istologica dell'ipertrofia, dimostrando che essa risulta di un vero e proprio neoplasma di natura glandolare (adenoma-fibroadenoma), si trattava, ora, di stabilire bene la vera localizzazione del tumore. Il Frejer credeva che egli colla sua operazione enucleasse i due lobi della prostata, inpertrofizzata. Ma da ogni parte sorse l'obiezione che la sedicente capsula chirurgica che si lasciava, somigliava assai alla prostata stessa per potere ammettere che la glandula fosse stata tolta totalmente e allora apparvero i classici studi di Motz e Perarnau coi quali venne sostenuta l'origine della ipertrofia (cioè del neoplasma) dalle glandule dell'uretra. La teoria uretrale fu combattuta in parte da Albarran, secondo cui solo il lobo medio può originarsi dalle glandule uretrali e precisamente quando si sviluppa dal gruppo sottomucoso cervicale, ma gli studi di Tandler e Zuckerkandl, Kalischer, ecc. hanno sempre più rafforzato la teoria espressa per i primi da Motz e Perarnau, cioè l'origine periuretrale del tumore, ipotesi che l'O. crede più soddisfacente.

Passando quindi alla esposizione della cura l'O. ritiene che la cura palliativa è ormai lecita 1° nei casi inoperabili — e questi sono ben pochi, avuto riguardo specialmente ai miglioramenti della tecnica e alla possibilità di migliorare le condizioni — anche operando in due tempi — dei pazienti che a primo esame sembrano in grave stato; 2° all'inizio dell'affezione. Fa quindi una critica esauriente dei metodi palliativi recentemente proposti: la folgorazione, il collocamento di un catetere a permanenza dalla regione soprapubica per mezzo di un trequarti e la divulsione del collo vescicale e dell'uretra prostatica, praticata con il dito indice introdotto in vescica, attraverso un occhiello ipogastrico, schierandosi contro di essi, ritenendo soltanto consigliabile il primo quando al paziente, inoperabile, non può essere collocato il catetere a permanenza per le vie naturali. Riferendosi poscia alla cura radicale si sofferma quasi esclusivamente sui due metodi: perineale alla Proust e transvescicale alla Frejer, concludendo che quello che dà i migliori risultati è quest'ultimo.

Espone la tecnica originale e le viriazioni ad essa apportate, intrattenendosi sopratutto sui particolari inerenti alla enucleazione nel tratto prossimo alla sede dei dotti ejaculatori, stabilendo le norme per risparmiare queste vie della eliminazione dello sperma. Presenta vari pezzi anatomici dall'esame dei quali si può vedere come il tumore, secondo lui, è estirpabile in tre modi o in un blocco solo (uretra compresa) o nei due lobi laterali, isolati, lasciando l'uretra in sito; o spezzettandolo.

A questo punto l'O. illustra qualche caso clinico personale facendo degli importanti rilievi sulle controindicazioni che derivano dallo stato dei reni e dimostra quale benficio arreca la cistostomia preliminare, alle condizioni renali.

Finisce esaltando i meravigliosi risultati della prostatectomia che non deve essere mai ritardata quando la malattia accenna a stabilire definitivamente i suoi disturbi.

Prof. PARLAVECCHIO fa osservare come la teoria neoplastica della ipertrofia prostatica, non gli sembri perfettamente dimostrata, egli ritiene che molte volte sia più fondata la teoria infiammatoria.

In quanto poi alla tecnica, è ritornato alla via perineale che gli appare più logica, comprende la via soprapubica soltanto quando ci si propone la prima intenzione. In quanto alla anestesia, in questi malati dai reni più o meno lesi, egli preferisce la rachianestesia.

CIMINO espone le ragioni per cui ritiene che la ipertrofia prostatica sia un vero e proprio neoplasma: esse sono cliniche e istologiche. Non può infatti parlarsi di processo infiammatorio negli ammalati che mai ebbero blenorragia e nei quali l'urina era asettica, come è stato dimostrato anche con culture rimaste sterili. Inoltre la moltiplicazione degli elementi glandolari, sino a 6-7 e più volte il normale, e lo stato di segmentazione delle cellule di rivestimento, alte, a protoplasma chiaro, parlano chiaramente per un processo neoplastico.

In quanto alla scelta della via, egli preferisce la soprapubica per le ragioni che fecero trionfare questa via nella cistotomia calcolosa.

Sulla rachianestesia l'O. non ha esperienza personale; teme però che essa nei vecchi possa provocare speciali disturbi. Egli è d'accordo sulla frequente controindicazione in questi malati della cloro-narcosi. Due volte si è servito delle iniezioni di H. M. G. con l'aiuto di pochissimi cmc. di cloroformio.

DONZELLO.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Adunanza del 12 marzo 1915.

Presiede il presidente prof. G. SPERINO.

MUMM dott. CARLO (Ufficio d'Igiene municipale). *La mortalità infantile nel comune di Modena* 1900-1914 (comunicazione preventiva). — L'A. riferisce sopra i risultati statistici per lo studio della mortalità infantile nel comune di Modena, raffrontando la mortalità da zero a sei anni, da zero a un anno e da zero a un mese nei vari aspetti del sesso, della legittimità della nascita, della condizione economica e delle cause di mortalità, rilevando l'alta percentuale di mortalità infantile che si ha a Modena anche confrontando le cifre con quelle delle principali città italiane ed estere.

ROMANI MARIO (Istituto di Farmacologia). Relatore Gazzetti. *Ricerca sul comportamento del solfuro d'ammonio e dell'idrogeno solforato introdotti nell'organismo* (Nota II).

BOSI PIO (Istituto di Farmacologia). Relatore Gazzetti. *Osservazioni di tecnica per lo studio delle modificazioni della coagulabilità del sangue.* — L'A. esposte le ragioni per le quali deve ritenersi estremamente delicato e difficile lo studio delle modificazioni della coagulabilità del sangue, per le quali ragioni molti autori influenzando cogli stessi agenti il suddetto fenomeno ebbero ad ottenere risultati diversi ed opposti, riferisce le sue ricerche atte a stabilire con quale tecnica si possa esser certi di apprezzare i cambiamenti della velocità di coagulazione del sangue.

Dimostrato anzitutto che ad ottenere lo scopo occorrono sempre numerosissime osservazioni, l'A. ha scelto come animale da esperimento il coniglio di cui più facilmente i laboratori possono disporre, contrariamente a quanto avviene dei cani, attenendosi a soggetti di un peso non molto inferiore nè molto superiore ai 2 kgr. dalle carotidi dei quali si estraggono con vari metodi successivi campioni di sangue onde vedere come si possa ottenere uguaglianza di tempo di coagulazione nei diversi campioni.

La quantità di sangue estratta è di 3 cmc. e vien fatta cadere in cilindri perfettamente uguali della capacità di 10 cmc.

Dalle sue esperienze l'A. conclude che l'unico mezzo adatto si è di scoprire prima le due carotidi, legarne una all'estremo cervicale, introdurre, colla maggior delicatezza, in essa una cannula di vetro liscio di calibro adeguato, lievemente assottigliata e tagliata a becco di clarino dalla parte che deve penetrare; lasciar cadere fuori dal recipiente il primo getto; indi, per il campione di confronto, legare l'altra carotide ed estrarre da essa il sangue allo stesso modo e colla medesima cannula accuratamente ripulita.

Si potranno così apprezzare le differenze della velocità di coagulazione dovute a speciale trattamento *in vitro* ed *in vivo* purchè non si voglia tener conto di deviazioni troppo piccole.

GAZZETTI dott. CARLO (Istituto di Farmacologia). *L'azione emostatica del coaguleno Kocher-Fonio.*

ZANFROGNINI dott. ANTONIO. *Necrosi settica di un mioma dell'utero.* — Si tratta di un mioma sottomucoso che raggiungeva il volume dell'uovo al 5° mese di gravidanza e che per conseguenza di una isterometria malpropria era diventato sede di un processo infettivo.

Il rammollimento necrotico colpiva circa i due terzi della massa del tumore e si propagava dal basso verso la base d'inserzione: la mucosa uterina era normale; non esisteva reazione febbrile nella paziente.

L'intervento operativo, praticato necessariamente per via addominale, ebbe esito ottimo.

GAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Ricerche comparative sulla roseola nelle varie specie di tifo.

Il tifo esantematico è una malattia endemica in alcune regioni dell'Europa; ma può assumere caratteri epidemici ed invadere paesi dove infierisce ugualmente il tifo addominale.

La diagnosi fra queste due malattie non è sempre facile, anche in tempi d'epidemia. Sopratutto da questo punto di vista sono importanti i lavori sistematici di E. Fraenkel sulle manifestazioni cutanee metastatiche nelle malattie infettive in genere, ed in particolare nel tifo (*Münch. mediz. Wochenschrift,* 1914).

Fraenkel ha escisso frammenti di pelle e di tessuto cellulare sottocutaneo in corrispondenza delle macchie roseoliche verso l'ottavo giorno dell'eruzione del tifo esantematico.

Alcuni frammenti furono conservati per alcune ore in brodo glucosato, nella speranza di coltivare il virus ipotetico e di poterlo mettere in evidenza nelle sezioni microtomiche. Ciò non si ottenne in nessun caso; ma l'autore potette invece dimostrare che nelle chiazze di roseola esistono alterazioni istologiche speciali ed apparentemente specifiche.

L'alterazione si riscontra quasi esclusivamente nelle piccole arteriole del derma: vi si nota un rigonfiamento fusiforme o sferico; talvolta anche localizzato soltanto ad una parte della parete arteriosa, ed allora di forma emisferica più o meno regolare. Questi rigonfiamenti non interessano tutta la lunghezza del vaso, ma sono discontinui. La struttura di queste nodosità consiste in una infiltrazione leucocitaria, a cellule mononucleate, di varia grandezza, molto numerose, con nuclei omogenei e piccoli oppure più voluminosi e reticolati. Se l'infiltrazione è meno abbondante, si osserva chiaramente che la tunica muscolare è intatta, l'intima tumefatta come le cellule endoteliali; in alcuni tratti però il rivestimento endoteliale manca ed il lume del vaso è ostruito da materiali finemente punteggiati.

Fra due nodosità vicine, la parete dell'arteriola ha perduto ogni struttura, e la parete interna è rappresentata da un anello di detriti cellulari, mentre la cavità è occupata da un ammasso di globuli rossi più o meno agglutinati. Quando le lesioni sono meno pronunziate, la tunica muscolare e talvolta l'intima si presentano come sfibrate dalle cellule connettivali; le mastzellen sono molto rare.

Queste alterazioni istologiche sono caratteristiche dell'esantematico, e differiscono profondamente dall'immagine della roseola del tifo addominale. Quivi si ha rigonfiamento diffuso di una o più papille del derma, ed insieme ipertrofia dei diversi elementi costitutivi di queste papille.

Queste alterazioni possono portare a necrosi circoscritte; ma la necrosi non colpisce tutte le cellule, e non tutte allo stesso grado. Isolotti dello stesso genere si riscontrano anche più profondamente nel derma. Ciò dipende esclusivamente dalla localizzazione e moltiplicazione dei bacilli del tifo.

Questi possono facilmente essere messi in evidenza, se si tiene per poche ore nella stufa il frammento escisso nel brodo. Infine si possono osservare trombosi multiple dei vasi linfatici. Ma ciò che è importante è l'assenza completa di lesioni dei vasi sanguigni, mentre che le alterazioni arteriose caratterizzano le lesioni del tifo esantematico.

Considerando che ancora è molto discussa l'etiologia del tifo esantematico, e che questa malattia spesso clinicamente si differenzia male dal tifo addominale, è evidente l'importanza che possono avere queste nozioni istopatologiche, ancora quando la siero-reazione può essere negativa e la ricerca del bacillo nel sangue non dà risultato.

P. S.

Sindromi emorragiche del tifo.

In alcuni casi di tifo, e sovente come fisionomia speciale di alcune epidemie, si assiste alla produzione di speciali emorragie, le quali giustificano la denominazione di sindromi emorragiche del tifo. Non è frequente incontrarsi con tali casi e appunto per ciò il Ceconi (*Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche,* anno 35, n. 137) riporta un caso, cui fa seguire alcune considerazioni critiche.

Si tratta di un individuo di 8 anni che presentava il decorso di una comune febbre tifoide con gravi fenomeni depressivi a carico del sistema nervoso. Verso la fine della prima settimana ebbe eruzione di roseola, che tornò poi a manifestarsi di nuovo all'inizio della terza settimana, con improvvisa riacutizzazione della febbre ed accompagnandosi questa volta ad una e-

ruzione di petecchie sulla cute, di grandezza variabile fra una capocchia di spillo ed un centesimo. Questa eruzione petecchiale fu seguita da una imponente sindrome emorragica: labbra e lingua coperte di croste fuligginose; gengive e mucora nasale sedi di persistente e ribelle stillicidio sanguigno; grave enterorragia. Dopo dieci giorni circa di grave pericolo di vita, cominciò il miglioramento. Verso la fine del periodo emorragico della malattia si formarono ascessolini sottocutanei sull'indice e sul medio della mano sinistra e sull'indice e sul pollice della mano destra e un grosso ascesso profondo sulla guancia destra, che dette esito a circa 100 cmc. di pus. Le culture batteriche fatte col pus di questi ascessi diedero luogo a sviluppo di stafilococco piogeno aureo, ma nessuna traccia si trovò di bacilli del tifo. Sieroreazione di Widal positiva in ventesima giornata. Dopo 70 giorni il paziente entrò in convalescenza.

Non si può parlare in questo caso di una diatesi emorragica a forma di porpora, perchè mancarono tutti i sintomi secondarî, nè di tifo petecchiale poichè non si ebbe precoce eruzione di roseole, che poi si trasfassero in petecchie. Non è il caso d'insistere su altre forme eritemato-emorragiche, che si possono verificare nel tifo.

La patogenesi di questa grave complicanza della febbre tifoide è ancora molto oscura. Secondo le ricerche del Sanarelli il bacillo del tifo avrebbe una tossina, molto virulenta, capace di determinare eruzioni petecchiali ed emorragie in genere; però nella maggior parte dei casi la sindrome emorragica non è imputabile al bacillo di Eberth. In questi casi deve trattarsi di un'infezione mista, e difatti in alcuni casi è stato trovato lo stafilococco, in altri casi il diplococco ecc., ai quali germi bisogna riconoscere indubbiamente un potere emorragico come è dimostrato dal decorso delle setticemie da essi prodotte; che essi poi non manchino è dimostrato anche dalla speciale gravità che queste forme tifose assumono. Alcuni autori invece parlano di discrasia sanguigna legata ad una diminuzione delle sostanze organiche del plasma e soprattutto dei colloidi, conseguenza della deficiente nutrizione. Ma a questo modo di vedere si possono muovere serie obbiezioni, ed è lungi dall'accettarlo.

L'A. ritiene quindi che nel caso da lui descritto si sia trattato di un'associazione batterica fra tifo e stafilococco, tanto più che gli ascessi sopravvenuti stanno di per sè a rivelare la esistenza di una stafilococcemia, quantunque sia mancato per la sua dimostrazione l'esame batteriologico del sangue. È difficile dire quale sia stata la via d'ingresso dello stafilococco (per il bacillo del tifo pare si sia trattato di via idrica), ma non si può ammettere che le manifestazioni suppurative stafilococciche siano state conseguenza di una infezione esogena, perchè le piaghe da decubito dell'infermo guarirono senza segno di infezione alcuna. Un altro dato di fatto che si può ritenere certo è che la infezione stafilococcica deve essere stata in questo caso posteriore a quella tifica.

G. SABATINI.

Un caso di tripla infezione: tifosa, paratifosa A e paratifosa B.

A. Castellani (*The Journ. of tropic. medic. and Hyg.*, 15 febbr. 1915) comunica un caso eccezionale di tripla infezione tifosa e paratifosa A e B: si trattava di un uomo di 50 anni, malato dal gennaio 1914, che aveva cominciato col sentirsi indisposto e debole, febbricitante.

Avea fatto cura chininica, senza effetto sensibile; l'A. lo vede per la prima volta il 30 gennaio: temperatura elevata (102° F.) polso 90, lingua patinosa, lieve meteorismo, milza appena palpabile, non roseola.

Nel corso della malattia l'ammalato ebbe parecchie gravi emorragie che misero in pericolo la vita; due ricadute, e una cistite con segni piuttosto intensi: l'ammalato guarisce completamente nell'aprile 1914.

Ripetuti esami serologici hanno dato: agglutinazione positiva per il tifo (1:80), per il paratifo A (1:60), per il paratifo B (1:80).

Non fu possibile praticare l'emocultura. La prova dell'assorbimento dimostrò la specificità delle agglutinine per il bacillo tifoso, paratifoso A, paratifoso B.

Le feci furono esaminate dal punto di vista bacteriologico: una prima volta furono isolati, prima dell'enterorragia, il bacillo del tifo, il paratifoso A, e il paratifoso B, una seconda e terza volta il bacillo tifoso e il paratifoso A.

Nelle urine furono isolati solo il B. tifoso, e il paratifoso B.

La presenza di sostanze agglutinanti specifiche nel siero del malato per le tre varietà di germi, l'isolamento di essi nelle urine e nelle feci fanno concludere per una sicura triplice infezione nello stesso malato; d'altra parte all'A. è spesso accaduto di poter dimostrare la duplice infezione paratifosa A e B.

Il consiglio quindi del Castellani di usare il vaccino multiplo antitifico, e antiparatifico A e B, poggia su dati di osservazione clinica indiscutibili.

t. p.

TERAPIA.

I composti salicilici per via esterna.

Quando il salicilato di soda è mal tollerato dallo stomaco si può ricorrere alla via rettale. Un clistere di 120 grammi d'acqua con 2 grammi di salicilato e 5 gocce di laudano fatto la sera e trattenuto tutta la notte è sufficiente per ottenere gli effetti desiderati.

Ma quando anche questa dose riesce insufficiente bisogna ricorrere ai preparati salicilici da somministrarsi per via esterna. Al riguardo rispondono bene l'acido salicilico ed il salicilato di metile.

L'acido salicilico è associato all'essenza di trementina, alla lanolina. Le applicazioni di questa miscela possono riuscire irritanti, non possono quindi essere ripetute frequentemente.

Per ovviare a questo inconveniente bisogna ricorrere al salicilato di metile. In genere due grammi di questo composto corrispondono ad un grammo di salicilato di soda. Il liquido si versa sopra una compressa di tela, che viene applicata sulla pelle e poi ricoperta da ovatta e da taffetà gommato. L'assorbimento sarà favorito da un precedente lavaggio della pelle con etere.

Se si fa un clistere di 2 grammi di salicilato di soda per completare la dose di 6 grammi che di regola è necessaria bisogna somministrare per via cutanea una quantità di salicilato di metile che corrisponde a 4 grammi del sale sodico ossia 8 grammi del preparato metilico, ossia circa 2 cucchiai da caffè. Se si produce un eritema locale bisogna cambiar posto alla compressa imbevuta del medicamento.

Il salicilato di metile è attivo, ma il suo odore penetrante lo rende insopportabile. L'etere amilo-salicilico ha un odore meno disgustoso e lo si adopera nella stessa dose; l'etere mono-glicol-salicilico (spirosal) è un liquido oleoso che si applica sulla pelle mescolato a parti uguali con l'alcool. L'azione di questo preparato è meno irritante, ma al pari dell'ulmarene (mescolanza di eteri salicilici e di alcools alifatici) ha una azione antireumatica non molto evidente. L'assenza di odore è compensata dalla minore efficacia. Le dosi sono uguali a quelle del salicilato di metile, ossia 2-3 cucchiai da caffè.

L'etere metilossimetilico dell'acido salicilico, il mesotan, non ha odore, è facilmente assorbibile, ha l'inconveniente di irritare la cute, ma ciò si può evitare applicandolo mescolato a parti uguali con olio di oliva o al 20 % con la vasellina e non ricoprendo l'unzione nè di ovatta nè di tessuto impermeabile, ma con una semplice flanella (*Journ. des prat.*, 1915, n. 7). DR.

(20)

L'azione dei preparati salicilici sul rene.

L'acido salicilico e tutti i suoi derivati sono largamente usati in terapia, nondimeno essi dànno spesso effetti secondari tossici o molesti, che vengono abitualmente indicati col nome di disturbi salicilici (ronzio agli orecchi, nausea, eritemi, delirio, ematuria, ecc.). Ma un lato dell'azione, che questi medicamenti esercitano sull'organismo umano, è particolarmente degno di nota: l'azione sui reni.

In seguito a dosi tossiche, e sovente anche in seguito a quelle terapeutiche, di questi preparati, si manifesta albuminuria. Lüthye afferma che in 33 ammalati sottoposti all'uso di preparati salicilici, riscontrò in tutti i segni di una nefrite: il ritorno delle urine allo stato normale avvenne solo 2-3 settimane dopo la cessazione della somministrazione del rimedio. Sperimentando il salicilato di sodio in due cani lo stesso autore trovò poi all'autopsia la presenza di una nefrite desquamativa in ambo i casi.

Secondo il Lüthye la dose salicilica che un rene può sopportare è di 4-5 gr. pro die durante 3-4 giorni.

L'uso del bicarbonato di sodio per aumentare la tolleranza del salicilato di sodio si è dimostrato in certo modo efficace, poichè se non sempre, certo in molti casi è riuscito ad evitare nell'uomo e negli animali da esperimento che il salicilato esplicasse la sua azione irritante sui reni. Incidentalmente si può ricordare che si è tentata l'alcaloterapia in tutte le nefriti, ma i risultati ne sono ancora dubbi.

Il Biancani (*Boll. delle Scienze mediche*, anno LXXXV, serie IX, vol. 2°) ha fatto una serie di esperienze sui conigli per vedere se effettivamente l'acido salicilico e i suoi derivati siano capaci di ledere i reni.

Egli si è servito, oltre che dell'acido salicilico, del salicilato di sodio, del salolo e dell'aspirina, introducendoli, disciolti od in sospensione, per via orale, mediante la sonda.

Egli è giunto alle seguenti conclusioni:

1° l'acido salicilico e i suoi derivati esercitano un'azione nociva sui reni di conigli;

2° tali alterazioni renali sono di natura prevalentemente degenerativa;

3° i preparati salicilici producono spesso albuminuria;

4° le dosi sufficienti ad alterare il rene del coniglio corrispondono proporzionalmente a quelle abituali per l'uomo;

5° le lesioni sembrano di differente intensità per il salicilato di sodio, il salolo e l'aspirina;

6° l'uso protratto di dosi elevate porta ad una diminuzione del peso del corpo.

Poichè l'acido salicilico, combinato colla glicocolla, passa per i reni inalterato, è logico ammettere che le lesioni ivi determinate siano ad esso imputabili. Quando si tratti del salolo, che si scinde in acido salicilico e fenolo, l'azione tossica è anche esplicata da questo secondo componente, che è noto essere un veleno protoplasmatico e renale; l'aspirina infatti, che invece del radicale fenolo ha il radicale acetile, assai meno tossico, riesce notevolmente più innocua al filtro renale.

G. SABATINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(490) *Trattamento di postumi di vaiolo.* — Prego sapermi dire nella « Posta degli Abbonati » la cura che devo fare in un convalescente di vaiolo, pel butteramento del volto e per la caduta quasi completa dei capelli e dei baffi.

Ossequi e ringraziamenti.

Abbonato N. 6699.

Sembra che col metodo Finsen, cioè tenendo lontano dai vaiolosi i raggi attinici (luce bianca e bleu: il che si può ottenere dipingendo di rosso le pareti della camera e mettendo dei vetri rossi alle finestre) verrebbe a mancare la formazione di pustole e delle consecutive cicatrici.

Quando le pustole siano già formate non c'è che da tenersi alle regole generali dell'asepsi più scrupolosa.

Contro le cicatrici, specie se irregolari od ipertrofiche, si può tentare la tiosinamina o per iniezioni (fibrolisina) o localmente sotto forma di « Pflastermull ».

In quanto alla caduta dei baffi e dei capelli, cure tonico-ricostituenti (arsenico, stricnina, ecc.) e localmente i soliti preparati irritanti a base di tintura di capsico, di cantaridi, ecc. Se si adoperano soluzioni alcooliche occorre impedire che si verifichi un soverchio digrassamento e si aggiungerà all'uopo dell'olio di ricino o si prescriverà apposita pomata.

V. MONTESANO.

(491) *Cura della tigna favosa.* — Le sarei grato se volesse indicarmi la cura più recente ed efficace per la tigna favosa, se è possibile, senza depilazione.

Grazie.

Meana Sardo (Cagliari).

Dott. Francesco Pauleso.

Non è possibile guarire la tigna favosa senza l'epilazione, sia ottenuta con mezzi meccanici, sia con i raggi Roentgen, per quanto a questi ultimi sia stato rimproverato di allontanare i peli, ma non le guaine radicolari in cui pure, com'è noto, si annidano i parassiti.

Le pomate a base di acido pirogallico, acido salicilico, ecc.; le lavande con spirito saponato e con soluzioni disinfettanti possono affrettare la guarigione agendo contro i parassiti che si trovano negli strati cornei superficiali, ma di per sè sole sono insufficienti.

V. MONTESANO.

(492) Prego informarmi di qualche trattato o pubblicazione che parli diffusamente intorno alle *convulsioni epilettoidi di origine tossica gastro-intestinale,* sia riguardo alla diagnosi che alle cure farmaceutiche e dietetiche.

Dott. Letterio Spasiano.

In tutti i trattati di neuropatologia e di pediatria, nei capitoli riguardanti la eclampsia, la tetania, la spasmofilia, si parla più o meno diffusamente dell'influenza che le malattie dello stomaco e dell'intestino, gli elminti, la dentizione esplicano sull'insorgere di accessi convulsivi a carattere epilettoide. Le cito, ad esempio: Pfaundler und Schlossmann, Handbuch der Kinderheilkunde; Bruns, Cramer und Ziehen, Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter, Berlin 1912; Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Berlin 1913; Lewandowsky, Handbuch der Neurologie, Berlin 1914, ecc. ecc. Gli autori consigliano la somministrazione di olio di ricino e di calomelano; alcuni propongono di far digiunare, di tanto in tanto, i bambini per 24 ore; inoltre, essendo ormai dimostrato che il latte di vacca può essere causa del disturbo digestivo, consigliano di sospenderne l'uso per un tempo più o meno lungo. Non ho sottocchio il libro di Czerny (Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie, Leipzig und Wien 1913, Deuticke); ma, a giudicare dal titolo, è verosimile che in esso venga ampiamente trattato l'argomento.

Prof. V. FORLÌ.

Le Domande per la « Posta degli abbonati » e i Quesiti pel "Doctor Justitia", non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto le une quanto gli altri debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinte, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

V. HOFFMANN E. e C. FERRAI. *Trattato di medicina legale.* 3ª edizione. — Soc. Editrice Libraria, Milano 1914, volume I. L. 16.50.

Molti medici conoscono già il pregevole lavoro dell'Hoffmann sul quale hanno iniziato la loro cultura medico-legale. Senonchè come tutto in medicina si rinnova, e le nuove ricerche forniscono mezzi più adatti e precisi d'indagine, così pure questa scienza si modifica e si perfeziona, specialmente nei mezzi e nei piani di ricerca. Il libro dell'Hoffmann aveva ormai risentito l'insulto del tempo; nella nuova veste esso ha subìto una salutare revisione e un armonico completamento per opera del professore Ferrai. In questo primo volume dopo una utile raccolta di disposizioni di legge e di note deontologiche in materia di periti e di perizie si tratta, nella parte speciale, in una sez. I: delle attitudini della procreazione; in una sez. II: dei reati sessuali; in una III: delle questioni della gravidanza e del parto; in una sez. IV: delle lesioni e morti violente.

Il miglior elogio che al libro si può fare è di rilevare l'armonia delle nozioni mediche e legali, e la chiarezza nella piana e magistrale esposizione.

Numerose figure dimostrative, servono a tenere anche più desta l'attenzione del lettore: medici e avvocati troveranno utili problemi felicemente risolti e una guida pratica sicura nell'esercizio di questo difficile ramo professionale.

t. p.

R. KOBERT. *Compendio di tossicologia pratica.* Milano, Società Editrice Libraria, 1915. L. 10. Soc. Editr. Libraria, 1915. L. 10.

Il libro del Kobert non solo ha resistito al tempo, ma s'è modificato, ampliato e nel 1912 è uscita la quinta edizione tedesca, che per i tipi della Società Editrice Libraria vede la luce tradotto ed annotato dal dott. Filippi, con prefazione del Borri.

Il libro ha scopi pratici ed è fatto per i pratici: la tossicologia vuol essere presentata al medico in forma piacevole, allora cesserà di essergli estranea: ed invero sia la parte generale quanto i capitoli speciali sono esposti con forma piana e breve: le tabelle riassuntive, le figure intercalate nel testo, l'indice alfabetico delle materie contribuiscono a rendere il libro indispensabile per la biblioteca del medico colto.

t. p.

VARIA.

Ancylostoma o anchilostoma? — La commissione internazionale per la nomenclatura zoologica ha recentemente deciso intorno ai nomi generici da scegliere per un certo numero di nematodi e gordiacei (Opinions rendered by the International Commission on Zoological Nomenclature; Opinion 66, Pub. 2359, Smithsonian Institution, Washington; febbraio 1915).

Il vecchio termine di anchilostoma, da tutti accettato come nome generico, denota una spiccata caratteristica del parassita, cioè la curvatura ad uncino dell'estremità orale del corpo. Deriva dal greco *ἀγκύλος*, uncinato, e *στόμα*, bocca. È stato scritto in una capricciosa varietà di ortografie, una dozzina secondo Stiles, tra cui ankylostoma, anchylostoma, ankylostorum, ancylostoma, ancylostomum... Il Comitato ha scelto la forma « Ancylostoma » che dovrebbe ormai essere riguardata come ufficiale.

Questa dicitura non è mai stata usata in medicina, a quanto noi sappiamo; nei dizionari di medicina sono generalmente preferite le designazioni: ankylostoma o ankylostomum, che rappresentano le forme più prossime all'ortografia ed alla pronunzia greca.

In Italia scriviamo per solito anchilostoma.

Non sappiamo quali considerazioni abbiano indotto a scegliere invece la dicitura « ancylostoma », che comporta un cambiamento di pronunzia; ma è possibile che la scelta della Commissione non trovi alcun seguito.

L'autorità della Commissione può avere bene un'influenza decisiva nella denominazione di nuovi generi o specie; ma per quanto possa essere desiderabile l'uniformità nella nomenclatura scientifica, è assai dubbio che una Commissione internazionale riesca a far cambiare una pronunzia ormai così saldamente stabilita.

Quanto all'anchilostoma americano, la Commissione ha adottato il nome generico di « Necator ».

Al riguardo mancava un accordo, e la decisione adottata, la quale conferisce il peso dell'autorità ad uno dei due nomi generalmente adottati (Necator ed Uncinaria), incontrerà, crediamo, l'approvazione generale.

(Dal *Journal A. M. A.*, 27 marzo 1915).

R. B.

Pubblicheremo prossimamente:

GUCCIARDELLO S., *Plastica del padiglione dell'orecchio;*

IRACI E., *Mola vescicolare in parto bigennino teratologico.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I medici della Marsica. — I medici dei comuni devastati dal terremoto riunitisi ad Avezzano hanno con un ordine del giorno chiesto:

1ª Che ai medici sia corrisposta un'unica indennità per disagiata residenza di lire 250 mensili e per tutto l'anno 1915.

2° Che lo stipendio e l'indennità siano corrisposti direttamente dallo Stato.

3° Che qualora non siano date assicurazioni dell'accoglimento di questi voti, siano date le dimissioni in massa adottando la tariffa massima. Si stabilisce di fissare un'altra riunione per le modalità di esse dimissioni.

Negli ospedali di Napoli. — Gli assistenti agli ospedali riuniti di Napoli riuniti in assemblea hanno dopo ampia discussione votato il seguente ordine del giorno:

« considerato che ogni lavoro debba essere retribuito, e che, per conseguenza, non dovrebbe essere gratuito quello faticatissimo e coscienzioso che essi compiono, hanno fiducia che a tale riforma l'onorevole Consiglio d'amministrazione voglia al più presto addivenire;

« considerato che, ad ogni modo, pel bando di concorso, gli assistenti agli Ospedali riuniti avrebbero dovuto essere 42 in chirurgia e 28 in medicina, complessivamente 70;

« considerato che tale numero si è ridotto a 23 in chirurgia e 13 in medicina, in tutto cioè 36, sicchè il lavoro che avrebbe dovuto essere espletato da 70 assistenti è invece sopportato da quasi la metà di essi;

« pur riconoscendo che, per un patto del bando, il loro servizio — in condizioni normali — doveva essere totalmente gratuito:

« data la situazione innanzi esposta, e nel bando stesso in nessun modo preveduta, richiamano su di essa tutta la benevola considerazione del detto onorevole Consiglio, e chiedono che le guardie sieno totalmente e convenientemente retribuite tenuto conto che il servizio di guardia che essi dovrebbero prestare gratuitamente è assorbito dal maggior lavoro che fanno in sala ».

Lo stipendio ai sanitari condotti richiamati. — L'on. Celesia ha risposto ad analoga domanda dell'on. Agnelli, assicurandolo che gli impiegati municipali richiamati sotto le armi conservano il diritto all'intero stipendio; quindi i sanitari condotti godranno di tale trattamento.

Pensioni e indennità. — Riportiamo l'elenco delle pensioni ed indennità conferite ai sanitari, loro vedove ed orfani nell'ultimo trimestre 1914:

Dott. Fulgeri Palmiro, pensione L. 1761; Dott. Maffei Ferdinando, id. L. 2025; Lucenti Luigia, vedova del dottore pensionato Gregori Luigi, L. 588; Orfani del dottore Giustiniani Francesco, L. 1314.50; Dott. Montella Cristoforo, lire 2020; Dott. Caldone Pietro, L. 2157.70; Verda Caterina fu Giacomo e figli, vedova ed orfani del dottore pensionato Boca de Giuli Antonio, L. 671; Dott. Donadelli Valentino, L. 2451; Dott. Niglio Biagio, L. 1324; Rossi Adele vedova del dottore Zanaboni Carlo, L. 1204.64; Staccione Caterina, vedova del dott. pensionato Montrucchio Bernardo, L. 1105; Orfane del dottore Somma Mattia, indennità L. 1315.54; Naretti Giovanna e figli, vedova ed orfani del veterinario Thione Giovanni, L. 1734.60; Mogliotti Giuseppina e figlia, vedova ed orfani del dott. Maimi Luigi, L. 1197.02; Marchetti Adelaide e figli, vedova ed orfani del dott. Fattori Federico, lire 1148.83; Dott. Pelliccioni Pietro Ferdinando, lire 1518; Dott. Morelli Natale, L. 1485; Dott. Luciano Fuscà Francesco, L. 2300; Dott. Armellino Michele Enrico, L. 1822; Dott. Coppola Antonio, L. 664; Dott. Fracaro Desiderio, L. 1664; Dott. Prosdocimo Attilio, L. 2877; Dott. Romanini Enrico, L. 2154.28; Abruzzini Candida Maria e figli, vedova ed orfani del dott. Brutto Antonio, L. 900; Cappa Caterina e figlia, vedova ed orfana del dott. Cappa Osvaldo, L. 900; Zennaro Marina e figlia, vedova ed orfana del dott. pensionato Frattina Luciano, L. 1149.74; Orfana del dott. Pompegnani Gennaro, L. 942.50; Locatelli Cecilia, vedova del dott. pensionato Prosdocimo Attilio L. 1438.50; Pescatore Cecilia, vedova del dott. pensionato Marra Luigi, lire 1144.13; Pistelli Marietta e figlie, vedova ed orfane del dottore Chetoni Luigi, L. 814; Dott. De Dominicis Luigi, indenn. L. 3183.78; Berti Giuseppina e figlio, vedova ed orfano del dott. Zanelli Draio, L. 2048.92; Provera Leonilda vedova del dott. Ferraris Francesco, L. 1189.58; Gallucci Ida e figli, vedova ed orfani del dott. Romano Mariano, L. 1194.32; Dott. Panini Emilio, L. 959; Dott. Fattori Fabio, L. 2154; Dott. Vallone Vito, L. 959; Dott. Santini Angelo, lire 1264.66; Carpi Eleonora e figlia, vedova ed orfana del dott. Tegoni Prospero, L. 686; Candisano Maria e figli, vedova ed orfani del dott. Caccuri Domenico, L. 900; Dott. D'Elia Nicola, indennità L. 3177.56; Baroni Carolina vedova

del dott. Ferrari Angiolo, L. 2210.65; Dott. San Martino Pietro, L. 2033; Dott. Balocca Domenico, L. 1485; Dott. Scaravelli Giovanni, L. 1806; Dott. Rigoletti Giorgio, L. 4228.03; Dott. Gianotti Paolo, L. 1372; Dott. Romani Leopoldo, L. 2612; Dott. Spitilli Luigi, L. 2046.71; Dott. Boido Carlo, L. 1091; Dott. Crico Lorenzo, lire 2450.23; Dott. Zamboni Ferdinando, L. 3000; Dott. Vecchiarelli Fiorentino, L. 1280.98; Nittoli Elisa vedova del dott. pensionato Amato Perna, L. 1276; Cristini Eufrosina vedova del dott. De Giani Giuseppe, L. 1500; Bertolini Camilla vedova del dott. Perrier Alessandro L. 903; Martello Amalia vedova del dott. Lazzeri Vittorio, L. 569.64; Dott. Camosso Arturo Raffaele, indennità lire 4814.81; Palladino Maddalena e figli vedova ed orfani del dott. Canessa Lorenzo, L. 4500.07; Dott. Camosso Arturo Raffaele, indenn. Zaballi Luigi, L. 1454. 78; Trimani Paschetta e figli, vedova ed orfani del dott. Tondinelli Luciano, L. 2786; Pinard Augusta e figli, vedova ed orfani del dott. Cappellari Luigi L. 1884.05; Ciminata Antonino, L. 4814.81.

(Dall'*Avven. Sanit.*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5238) *Pagamento stipendio - Congedo - Supplenze - Ricchezza mobile - Vaccinazione - Chinino di Stato - Chiamata sotto le armi.* — Il Dott. G. C. da V. desidera conoscere: 1° In qual modo si può ottenere il pagamento di cinque mesi di stipendio se l'esattore si rifiuta di pagare dimostrando di avere erogato somme per conto del Comune fino alla concorrenza dei ruoli, giusta contratto; 2° Se è vero, e da quale regolamento è stabilito, che il medico condotto non possa ottenere il mese di congedo ordinario prima di compiere undici mesi ininterrotti di servizio; 3° Se possono cumularsi per il più sollecito acquisto della stabilità quattro mesi di supplenza prestati ad un collega della 2ª condotta e se questi quattro mesi possono essere considerati come di servizio interinale e quindi esenti da R. M. o contributo Monte pensione; 4° Quanto si paga di R. M. su di uno stipendio di lire 2500 essendo l'aggio all'esattore di lire 2.70 e se detto stipendio può essere aumentato dalla G. P. A.; 5° Se il medico condotto nel locale adibito dal Comune alla vaccinazione ordinaria possa rifiutarsi di vaccinare bambini appartenenti a famiglie non comprese nell'elenco dei poveri; 6° Se può essere incaricato della distribuzione del chinino di Stato un medico non condottato; 7° Con quale grado e qualifica dovrebbe in caso di chiamata sotto le armi presentarsi, essendo militare di 3ª categoria che non vuole essere ufficiale medico di complemento.

L'esattore, abbia o meno danaro in cassa per conto del Comune, è tenuto a pagare lo stipendio del medico condotto giusta quanto dispone l'articolo 40 del vigente testo unico delle leggi sanitarie. In mancanza, è tenuto al pagamento della multa stabilita dall'articolo 81 della legge 29 giugno 1902, n. 281. Faccia domanda all'intendenza di finanza della Provincia. Nessuna legge o regolamento stabilisce che il congedo non può essere usufruito nè chiesto prima che non sieno compiti undici mesi di non interrotto servizio. Gli anni o i mesi prestati come supplente di una condotta fornita di titolare non possono essere cumulati con servizio proprio per acquistare più presto la stabilità. Sullo stipendio che si percepisce come supplente si paga egualmente la R. M. ma non il contributo per la Cassa di previdenza. La ricchezza mobile è di lire 283.75 all'anno, compreso l'aggio. Lo stipendio è aumentabile di ufficio da parte della G. P. A. nel caso che le condizioni della condotta, per sopravvenute modificazioni, non sieno più quali furono prospettae nello avviso di concorso o nel capitolato di oneri. Non si può rifiutare la vaccinazine a chi non è compreso nello elenco dei poveri. Della distribuzione del chinino di Stato può essere incaricato anche un sanitario esraneo alla condotta. Non essendo ufficiale sarà chiamato come semplice milite delle compagnie di sanità.

(5239) *Sostituzione del veterinario nelle visite delle carni da macello.* — Al Dott. G. P. da P. rispondiamo che per ottenere il pagamento della supplenza che ha prestato e presta tuttora al veterinario che è stato chiamato sotto le armi non resta, in vista della negativa avuta dal Municipio, che adire l'autorità giudiziaria ordinaria.

(5240) *Contravvenzioni - Oblazioni.* — Il Dott. G. M. da R. chiede conoscere quali contravvenzioni alla legislazione sanitaria sono passibili di oblazione innanzi al Sindaco, tanto nel caso che il Comune abbia regolamento speciale d'igiene, quanto nel caso che ne sia sfornito ed in quali contravvenzioni l'oblazione non è assolutamente ammessa.

Allorchè il Comune è fornito di regolamento speciale d'igiene, per tutte le disposizioni proibitive nel medesimo contenute è ammessa l'oblazione al Sindaco a mente del disposto dell'articolo 228 del testo unico della legge comunale e provinciale, sempre, però, che non esista parte lesa. Quando esiste la parte lesa e quando si tratti di contravvenzioni previste e punite non da regolamento locale d'igiene ma dalla legge

SUSSIDI TERAPEUTICI IODO-ORGANICI.

La medicazione iodo-minerale ha dal punto di vista farmacologico, carattere eminentemente osmotico determinato dalla diffusibilità degli ioduri, dalla loro immediata e brusca eliminazione, fattori questi ultimi, a cui si connettono fenomeni di intolleranza iodica e di iodotossicità, donde la esiguità delle applicazioni terapiche.

Di contro alla azione osmoterapica (meccanoterapica) degli ioduri, sta l'azione bioterapica degli iodo-organici.

I caratteri individuali farmacologici dei peptoiodici sono realizzati dal " PEPIODAL „.

Il " Pepiodal „ è una sintesi iodo-peptica ad intensità iodica graduabile, solubile, assorbibile gradatamente, di lenta e graduale eliminazione.

Le ricerche del Dott. Andruetto nella Clinica Generale del Prof. Bozzolo, denunciano le seguenti cifre relative alla permanenza e durata delle reazioni iodiche nelle urine.

" Pepiodal „	1° g.	ore 14
„	2° „	„ 17
„	3° „	„ 24
„	4° „	„ 30
„	5° „	„ 40 (1)

Le proprietà del " Pepiodal „ che lo rendono superiore agli altri preparati iodici, sono state illustrate dal Dr. Giannelli (2) che espone in un suo interessante studio, le ricerche ed i risultati ottenuti dal prodotto.

Tali proprietà spettano prevalentemente agli iodo-peptoni a differenza di altri preparati che vennero posti in onore precedentemente, come le iniezioni del Durante ed i composti grassi, i quali ultimi sono molto stabili di modo che lo iodio si libera con una soverchia lentezza e sono assai poco diffusibili.

Ne avviene che lo iodio permane a lungo nell'organismo, ma vi rimane legato al corpo grasso e non agisce come iodio libero che assai lentamente; mentre invece i composti del iodio col peptone (di cui il " Pepiodal „ è da preferirsi), sono solubili e diffusibili, ed inoltre poco stabili, così che circolano facilmente nell'organismo ove si scindono in modo graduale e continuo, cedendo gli ioni del metalloide alle sostanze albuminoidi con cui lo iodio forma quelle combinazioni molecolari che vengono poi distrutte ed eliminate.

Gli iodopeptoni sono dunque oggigiorno i preparati che meglio rispondono alle esigenze terapiche.

I migliori risultati l'A. li ha ottenuti dal " Pepiodal „ che ha il vantaggio del pronto assorbimento e di una molto più lunga permanenza nell'organismo, ove circola allo stato di iodio senza mai dare fenomeni d'intolleranza.

La maggiore fissazione iodica è data dal V° grado di Pepiodal (10 ctg.) che rappresenta il massimo di utilizzazione che consenta l'organismo allo iodio senza reagire con fenomeni di intolleranza e con fenomeni tossici.

Che l'associazione dei peptoni allo iodio conferisca alla sintesi che ne deriva, proprietà istotropiche, risulta dalle attitudini che acquista lo iodio quando viene introdotto nell'organismo sotto forma di " Pepiodal „.

Proprietà terapeutiche del " Pepiodal „. — Le proprietà terapeutiche del " Pepiodal „ si riassumono in *batteriolitiche, opsonogene, fagocitogene, emoproduttive.*

L'aumento del tasso leucocitario si rileva dagli esami emoscopici fatti dal Dott. Andruetto della Clinica di Bozzolo e sopratutto dalle indagini emometriche. Riferiamo qualche esempio:

Caso I. - Enterite specifica:

prima della cura	Emometria	55
dopo la cura . .	„	65

Caso II. - Bronco pneumonite specifica:

prima della cura	Emometria	50
dopo la cura . .	„	60

Caso III. - Tubercolosi incipiente:

prima della cura	Emometria	45
dopo la cura . .	„	70

Caso IV. - Annessite specifica:

prima della cura	Emometria	50
dopo la cura . .	„	70

Applicazioni cliniche generali del " Pepiodal „. — In linea generale esse sono costituite dal grande gruppo delle affezioni del ricambio ivi compresi i processi degenerativi arterio-sclerotici delle infezioni croniche (sifilide, tubercolosi) e da tutte le insufficienze di sviluppo e deficenze nutritive che preludono alle manifestazioni di gravi infezioni e ne dispongono favorevolmente il terreno.

Anzi, sotto questo aspetto, il "Pepiodal „ deve essere considerato come un mezzo profilattico contro lo sviluppo della tubercolosi specialmente chirurgica per le proprietà ad esso riconosciute dagli autori che lo hanno studiato, di modificare cioè il terreno emolinfatico così da esaltare i poteri di reazione e stimolare la nutrizione e modificarla in guisa da impedire lo sviluppo bacillare.

Per quanto concerne le manifestazioni sifilitiche il " Pepiodal „ è diretto a combattere le sindromi tardive rappresentate da alterazioni gommose e da alterazioni arteriali degenerative (arteritis sifilitica, gomme, cachessie sifilitiche), ma può trovare la sua indicazione anche nelle manifestazioni precoci della lues quando vengono costituite da alterazioni nervose, da anemie sifilitiche precoci, ma in tal caso il suo impiego non deve andare disgiunto dai preparati mercuriali.

Un altro largo campo di applicazioni è offerto dalle forme morbose del ricambio sia che rivestano la forma artritica cronica, sia la forma gottosa, sia sopratutto la forma arteriosclerotica.

Il " Pepiodal „ trova quindi la sua applicazione nelle:

I. - Distrofie uricemiche;
II. - Nelle forme distrofiche che precedono lo sviluppo delle affezioni croniche;
III. - Nelle forme tubercolari torpide;
IV. - Nelle manifestazioni tardive della lues;
V. - Nelle lesioni arteriosclerotiche.

Il " Pepiodal „ non ha alcuna controindicazione.

Dott. PAOLO MANCINI
degli Ospedali di Roma
già Direttore del Sanatorio nervosi S. Colomba.

(1) Dr. ANDRUETTO — *Della medicazione jodica e di un nuovo preparato organico di jodio.*

(2) Dr. GIANNELLI — *La Iodoterapia con speciali considerazioni sul " Pepiodal ".*



"Pepiodal"

(Pepto-Iodo) -- Dott. Foglino

a goccie e per iniezioni ipodermiche, di
:: :: :: I, II, III, IV e V grado :: :: ::

Alcuni certificati Medici:

OSPEDALE VESPUCCI - FIRENZE Firenze, 29 Novemre, 1914
(Detto di S. Giovanni di Dio)

— DIREZIONE —

Il "Pepiodal" del Dott. Foglino corrisponde assai bene nelle lesioni tubercolari chirurgiche, quando occorra agire su di esse con una terapia jodica.

Prof. NICOLA GIANNETTARI
Direttore Ospedale Vespucci.

DOTT. S. SBERNA Firenze, 11 Novembre, 1914
Primario Specialista di Dermosifilografia
FIRENZE

Il "Pepiodal" in uso nella mia sezione ospedaliera e nel Poliambulatorio Fiorentino risponde benissimo anche come tolleranza nelle forme morbose di cui mi occupo (sifilide - eczemi cronici - degli arteriosclerotici uriemici).

Firmato: Dott. S. SBERNA

Dott. Prof. EMILIO PERRERO Torino, 30 Maggio 1913
DOCENTE IN NEUROPATOLOGIA
— ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO —

Ho sperimentato nella cura delle malattie organiche del sistema nervoso centrale le iniezioni di III°, IV°, V° di "Pepiodal" del Dr. Foglino e sono lieto di poter dichiarare che questa eccellente preparazione mi ha dato ottimi risultati.

Firmato: Dr. Prof. EMILIO PERRERO
Direttore Sezione Malattie Nervose
all'Ambulatorio Policlinico, Via S. Secondo, 11 - Torino.

"RICINOL"

Olio di ricino preparato con processo speciale da semi italiani. La sola preparazione del genere, assolutamente priva di odore e di sapore.

L' Ideale dei Purganti!

Il flacone piccolo L. 0,60 — Flacone grande L. 1,10

"Saliodal"

(CRISTALLI JODATI DOTTOR FOGLINO)

Il miglior rimedio depurativo del corpo, del sangue, e delle mucose.

Sue applicazioni: *Stati uremici, Stati acidoemici, Stati glicoemici, Stati morbosi legati ad ipertensione.*

Il flacone grande L. 3 — Flacone monstre L. 4,50.

"Sédol"

Fiale per iniezione ipodermica a base di bromidrato di scopolamina, cloridrato di etilmorfina e morfina con solfato di sparteina in soluzione nel siero fisiologico.

Antispasmodico, Ipnotico, Analgesico

— La scatola di 12 fiale L. 4. —

In vendita presso le buone Farmacie e presso la SOCIETÀ ANONIMA FARMACEUTICA TORINESE — :: — Via Principi d'Acaja, N. 44 :: — TORINO

e dal regolamento generale sanitario, l'oblazione non è ammissibile.

(5241) *Capitani medici di riserva.* — Al Dott. abbonato n. 1260 rispondiamo che non consta se ai capitani medici di riserva richiamati si possa attribuire il titolo e grado onorifico di primo capitano medico. Molto probabilmente saranno assimilati, per non creare una differenza di trattamento che a noi sembra ingiustificata. Lo stesso avverrà per lo stipendio, che sarà identico a quello di ufficiali di pari grado nell'esercito permanente.

(5242) *Laureati medici di 3ª categoria.* — Al Dott. abbonato n. 5481 rispondiamo che, a nostro parere, la formula del precetto non è dubbia. Coloro che non vollero accettare a suo tempo la nomina ad ufficiale medico, in caso di chiamata collettiva, debbono trovarsi presso l'ospedale a ciascuno assegnato per esercitarvi le funzioni di soldato addetto alla compagnia di sanità. Se non si esercita vera e propria professione medica, si fa da assistente, o da infermiere. Facciamo notare che fino al 31 dicembre prossimo resta ancora aperto l'arruolamento dei militari di 1ª, 2ª o 3ª categoria nel corpo sanitario militare come ufficiale medico.

(5243) *Servizio militare - Aspettativa - Esenzione.* — Il Dott. L. M. S. da Z. desidera conoscere se il locale Sindaco, basandosi sul regolamento per la esenzione dalle chiamate, possa ottenere di ufficio la esenzione dal servizio militare del proprio medico condotto, se, desiderando partire, possa chiedere l'aspettativa fino al termine della guerra, e se, prolungandosi la guerra, il Comune lo possa licenziare ed aprire novellamente il concorso.

La dispensa prevista dall'articolo 1° del regolamento 13 aprile 1911 deve essere chiesta dall'interessato e non dal Sindaco. Questa autorità può solo certificare che l'opera di lui, come professionista, è assolutamente indispensabile per assicurare il regolare andamento del servizio sanitario, ma non può da sè solo nè chiedere nè impedire che la dispensa, cui si abbia eventualmente diritto, venga concessa. La posizione di aspettativa non può essere prorogata oltre il termine stabilito nel capitolato o nel regolamento sanitario locale. Se, scaduta la aspettativa, il medico non riassumesse servizio presso il Comune, può questo dichiararlo dimissionario per ogni effetto di legge e bandire per conseguenza nuovo concorso. A nostro avviso, non sarebbe a Lei applicabile il disposto dell'articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili, perchè Ella non va a servire obbligatoriamente ma volontariamente in quanto che, non chiedendolo, rinunzierebbe di sua volontà alla esenzione, cui avrebbe, invece, diritto.

(5244) *Chiamata sotto le armi.* — Al Dott. G. T. da T. rispondiamo che in caso di chiamata sotto le armi ha diritto allo stipendio per soli due mesi. In caso di mobilitazione avrebbe diritto allo stipendio per tutta la durata della guerra perchè allora è l'impiegato considerato come in congedo ad ogni effetto di legge.

(5245) *Pensioni.* — Il Dott. G. B. da P. dovendo per ragioni di salute lasciare il servizio dopo 21 anno con 47 di età, desidera conoscere la indennità o pensione che potrà competergli ed a chi dovrà fare la relativa domanda.

A colui che va in pensione per infermità diverse da quelle enunciate nell'articolo 17 lettera *b* del testo unico compete una indennità una volta tanto valutata ai due terzi del valore capitale della pensione che si ottiene con l'applicazione della tabella *B* annessa alla legge e secondo le norme da stabilirsi col regolamento, che, però, non è ancora stato pubblicato. Per ottenere la liquidazione di tale indennità dovrà presentarsi analoga domanda su carta da bollo da cent. 65 all'ufficio sanitario provinciale.

(5246) *Aumento di stipendio - Decisioni della G. P. A. - Esecutorietà.* — Il Dott. G. d'A. da C. chiede taluni chiarimenti sulla decisione della G. P. A. con cui gli si aumenta lo stipendio, a suo modo di vedere di solo 10 lire annue. Chiede anche conoscere se il Comune ha un termine per dare esecuzione alla predetta decisione della G. P. A.

A noi sembra evidente che l'aumento dello stipendio a lire 2000 si riferisce al solo servizio dei poveri e non anche a quello per gli agiati, compensato con annue lire 450. A ciò siamo indotti non solo in considerazione della eccessiva tenuità dell'aumento, che non avrebbe potuto giustificare l'interposto gravame anche dal fatto che la domanda di Lei corrisponde appunto a quanto la Giunta ha deliberato. Ella, infatti, chiedeva tre cose: 1° Abolizione della condotta; 2° aumento dello assegno pei poveri; 3° aumento dello stipendio della intera condotta. La Giunta non ha tenuto conto della 1ª e 3ª domanda ed ha concessa la 2ª. Nessuna legge fissa ai Comuni un termine per eseguire le ordinanze della autorità tutoria.

(5247) *Decorrenza di stipendio - Mobilitazione - Diritti del sanitario condotto - Dispensa.* — Il Dott. abbonato n. 5439 desidera conoscere: 1° se, avendo assunto servizio, a causa di chiamata sotto le armi, quindici giorni più tardi, abbia diritto allo stipendio per l'intero mese; 2° se in caso di mobilitazione il medico condotto cessa di percepire lo stipendio il giorno

in cui si allontana dalla residenza o se ha diritto ancora e per quanto tempo; 3° se in caso di mobilitazione il medico condotto unico abbia diritto alla esenzione.

Lo stipendio decorre dal giorno in cui si è effettivamente assunto servizio. Non sono, pertanto, compensabili i quindici giorni in cui ha ritardato, non potendosi essi considerare neanche come congedo, perchè lo stato di congedo non è supponibile per un medico che non ha ancora raggiunta la residenza. In caso di mobilitazione il medico condotto è considerato in congedo per ogni effetto di legge e quindi, anche a riguardo della percezione dello stipendio. Ai termini dell'articolo 1 del R. Decreto 13 aprile 1911, n. 374, il medico condotto unico nel Comune è esente dalle chiamate sotto le armi. Per ottenere detta esenzione occorre esibire alle autorità militari un certificato con cui il Sindaco, sotto la sua personale responsabilità, dichiari che l'opera del richiamato è assolutamente necessaria pel regolare andamento del servizio cui egli è preposto.

(5248) *Ricchezza mobile.* — Il Dott. abbonato n. 7080 dichiarando che sullo stesso stipendio si è pagata per due volte la R. M. da parte sua, cioè, e del Comune, desidera conoscere come deve fare per essere rimborsato di quello che ha pagato in più.

Supponendo che il Comune, dove presta servizio a scavalco, non abbia per capitolato l'obbligo di corrispondere lo stipendio al netto della R. M., al rimborso non avrebbe diritto Lei ma il Comune, che avrebbe pagata una tassa alla quale non era per legge tenuto. E poichè Ella dovea in tal caso sempre pagare la tassa, sarebbe opportuno che non prendesse al riguardo iniziativa di sorta, lasciando a quella amministrazione comunale la cura di fare il reclamo pel rimborso per quel numero di anni, cui, per le leggi in vigore, può avere diritto. Che se il Comune ha creduto anticipare solamente la somma salvo rimborso verso di Lei, la cosa non muta in quanto che prima di fare l'anticipazione avrebbe dovuto informarsi per conoscere se eventualmente al pagamento della tassa non fosse da Lei provveduto direttamente. Oltre a ciò la ritenuta avrebbe dovuto essere fatta mese per mese sui mandati di pagamento e non già ora, che sono trascorsi molti anni.

(5249) *Militari medici di 3ª categoria - Chiamata alle armi.* — Il Dott. M. D. da C. T. desidera conoscere se i giovani medici, abili al servizio militare, ma che non lo hanno mai prestato perchè di terza categoria, in caso di chiamata sotto le armi sono assunti come ufficiali o come soldati.

I giovani medici di cui è parola nel quesito sono chiamati sotto le armi come semplici soldati. Attesa la loro specialità possono tutto al più essere assunti come facienti parte delle compagnie di sanità o come infermieri. Per ottenere la nomina ad ufficiale medico e per andare a servire, in caso di chiamata, in tale qualità, occorre presentare analoga domanda al Comandante del Corpo di armata. Vi è di tempo fino al 31 dicembre dell'anno in corso.

Doctor JUSTITIA.

I Quesiti pel "Doctor Justitia,, e le Domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinte, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALES (*Cagliari*). — Consorzio a condotta piena; L. 4500 lorde. Scadenza 20 maggio.

ARZIGNANO (*Vicenza*). — 3° Riparto; L. 3500, con obbligo del cavallo, soli poveri. Due sessenni. Residenza in frazione Tezze. Termine 31 maggio.

BERGAMO. *Consiglio Istituti ospitalieri.* — Primario della sezione oftalmica; L. 1500 nette di R. M. Scad. ore 15 del 10 giugno. Memorie e lavori scientifici a stampa ed in tre copie. Esami. Potranno essere rimandati gli esami ed annullato il concorso se avrà luogo la mobilitazione. Servizio 12 nov.

CALASCIO (*Aquila*). — A tutto il 31 maggio, condotta generalità; L. 3200 lorde senza obbligo cav. Rivolgersi alla Segreteria comunale.

* CANNOBIO (*Novara*). *Opera Pia Uccelli.* — A tutto maggio, servizio Ospedale e poveri di Cannobio e Traffiume; L. 2000 lorde. Pratica trienn.

CANOSA DI PUGLIA (*Bari*). — Prima condotta di campagna e città. Popolazione 29,000 circa in tre rioni di circa 1000 ammalati poveri ciascuno; L. 1400 con tre sessenni, lorde. Scadenza 30 maggio. Età massima anni 40.

CASSINE (*Alessandria*). — Ab. 5670. Una delle due condotte pei poveri; lorde L. 1700. Entro il 26 maggio. L. 700 indennità di cav. e L. 100 indenn. per la supplenza.

CAVAZUCCHERINA (*Venezia*). — Primo riparto; L. 3500; indenn. alloggio L. 500 lorde; soli poveri. Scadenza 21 maggio.

COCCAGLIO (*Brescia*). — A tutto il 25 maggio. Residenziale. Ab. 3037 di cui circa la metà aventi diritto cura gratuita. Stipendio L. 3540 con tre aumenti sessennali. Quadro dei voti negli esami di laurea.

CREMA. *Istituti spedalieri.* — Medico chirurgo ostetrico assistente presso l'Ospedale Maggiore. Titoli. Servizio entro 8 giorni. Nomina biennale, prorogabile. L. 1870 nette di R. M.; lire 6 per ogni guardia notturna (a turno con altri 3 sanitari). A tutto 31 maggio.

ESINE (*Brescia*). — Condotta consorziale con Bergo; a tutto maggio; stipendio L. 4050, per la cura di tutti gli ab. (Esine 2283, Bergo 886). Mansioni di ufficiale sanitario.

FIASTRA (*Macerata*). — Condotta semiresidenziale; L. 4800 lorde, ivi comprese L. 700 per indennità cav. e L. 100 quale U. S. Tre decimi sessennali. Assicur. infortuni. Scad. 22 maggio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Primario medico. Età massima 40 anni; 10 anni di laurea e 5 di servizio effettivo; salvo eccezioni contemplate nell'avviso di concorso; pubblicaz. in 5 esemplari. Servizio entro 10 giorni. Documenti alla Segreteria entro le ore 17 del 10 giugno.

GIRGENTI. *Laboratorio chimico consorziale di vigilanza igienica della Provincia.* — Assistente. Vedi fasc. 19. Scad. 31 maggio alle ore 16.

MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — Medico condotto; L. 1700; alloggio. Richiedere schiarimenti. Scadenza 1° giugno.

* ORTUERI (*Cagliari*). — Condotta piena; lire 3000 nette e L. 250 mese congedo. Assunzione del servizio entro 10 giorni dalla nomina. Scadenza 24 maggio.

OTRICOLI (*Perugia*). — Concorso medico chirurgo prorogato a tutto il 15 giugno; lorde lire 4000. Rivolgersi al Sindaco.

PIZZIGHETTONE (*Cremona*). — Seconda condotta; L. 3000 nette R. M., L. 800 mezzo trasporto, due sessenni. Scadenza 31 maggio.

* POLINAGO (*Modena*). — Prima condotta; ettari 2002.330; abitanti 2370 di cui 100 con diritto a cura gratuita; L. 2700 lorde; tre quinquenni di L. 200; assicur. Età limite 35 anni. Servizio entro 10 giorni. Scad. a tutto il 14 giugno.

PORANO (*Perugia*). — Cura generalità; condotta in collina. Popolazione 1300. Estensione territorio kmq. 4; lorde L. 4000 annue senza obbligo cavalcatura. Scadenza 31 maggio.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta poveri di Nuvolato; ab. 600 riuniti e 2025 sparsi; L. 3000 lorde e tre sessenni; L. 600 per carrozza e cavallo, obblig. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dall'8 maggio.

RIVOLTO (*Udine*). — Medico; L. 5500. Chiedere manifesto in Segreteria. Scad. 22 maggio.

ROCCA DE' BALDI (*Cuneo*). — Condotto poveri; L. 2150 lorde. Pop. 2663. Scad. 29 maggio.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 30 sottotenenti medici di complemento. Documenti al Ministero non oltre il 31 maggio. Richiedere copia del decreto alle Direzioni degli Ospedali principali marittimi (Spezia, Napoli, Venezia, Taranto e La Maddalena) ovvero all'Ispettorato di sanità presso il Ministero.

SAN CASCIANO DE' BAGNI (*Siena*). — Condotta 3° reparto (fraz. Palazzone); L. 4000 nette con 3 sessenni. Età anni 40, s. e. r. Scad. 30 maggio.

SAN QUIRICO D'ORCIA (*Siena*). — Medico; lire 3700 lorde e assegno L. 100 per uff. san. Condotta piena. Residenza nel capoluogo (farmacia e ambulatorio). Pop. 1909 ab. Assunzione entro 15 giorni. Scad. 30 maggio.

SESTO AL REGHENA (*Udine*). — Primo reparto capoluogo e frazioni di Braida-Curti, Marignan e Mure; L. 3000 con 4 sessenni e L. 600 per indennità di trasp. Se u. s. L. 300. Scad. 26 magg.

SORESINA (*Cremona*). — Concorso per condotto aggiunto. Stipendio L. 3000 nette con tre sessenni del decimo. Scadenza 31 maggio.

SPIRANO (*Bergamo*). — A tutto 15 giugno, condotta con Lurano; L. 4400 lorde, compreso servizio u. s. Servizio entro 8 giorni. In comune havvi l'ospedale.

SPOLETO (*Perugia*). — Condotta di Strettura; al 25 maggio; L. 2200 p. pov., L. 1100 p. abb., L. 967 per la cav., lorde; ab. 2000 circa. Servizio entro 15 giorni.

TEGIANO (*Salerno*). — Una delle due condotte; L. 1700 pei poveri, L. 200 per gli abbienti, oltre L. 1400 d'indennità di residenza, e L. 100 come Uff. San. se il vincitore del concorso è fornito di tale titolo. Scadenza 20 maggio.

TODI (*Perugia*). — A tutto il 25 maggio 3ª e 4ª condotta; L. 2000 per poveri, con tre sessenni, e L. 1800 per abbienti, lorde; L. 700 per cav. e L. 150 per supplenza; servizio nell'Ospedale civile da parte del titolare della 3ª condotta.

TURBIGO (*Milano*). — Consorzio con Nosate; ab. 3500 circa; L. 3500 pei poveri, L. 700 per gli abb., nette R. M.; L. 300 u. s.; due sess. Età limite 35 anni, s. e. r. Due anni in condotta od ospedale. Servizio entro 15 giorni. Scadenza ore 15 del 20 maggio.

VEROLENGO (*Torino*). — Condotta piena fra 4 fraz. L. 3000 nette e L. 100 per arm. farm. Assunzione il 1° agosto. Scad. 31 maggio.

VERONA. *Consiglio ospitaliero.* — Concorso per titoli ed anche per esami, al posto di primario specialista in otorinolaringoiatria presso l'Ospedale Civile. Stipendio L. 1200 lorde, quattro quinquenni del decimo. Scadenza 15 giugno.

VILLANOVA TULO (*Cagliari*). — Condotto generalità; lorde L. 3375; ab. 1200. Scad. 21 magg.

ZAGARISE (*Catanzaro*). — Condotta piena; L. 4000 lorde, più L. 300 indennità alloggio e L. 200 assegno uff. san. Popolaz. agglomerata circa 2000 abitanti; 700 m. sul liv. del mare in ubertosissime colline, acque eccellenti, aria saluberrima. Servizio automobilistico quotidiano da e per Catanzaro. Età limite 45 anni. Servizio entro 15 giorni. Domande al 31 maggio.

Medico profugo Austria italiana, trentanovenne, per 15 anni medico comunale in una città del Trentino, ove aveva temporaneamente la direzione dell'Ospedale, con anno di clinica chirurgica, cerca supplenza preferibilmente Alta Italia. Condizioni solite. Scrivere alla redazione del « Policlinico ».

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ha conseguito a pieni voti la libera docenza per titoli in clinica dermosifilopatica presso l'Università di Roma il nostro valente redattore dott. Pietro Sabella.

La lezione di prova concernette le *Tricofitiasi*.

La Commissione era composta dai proff. Todaro, preside della Facoltà, Campana, Mazza di Pisa, Ferreri, Simonelli di Siena.

Vivi rallegramenti.

Per titoli e per esami in questi giorni il capitano medico dott. cav. Ercole Passera ha sostenuto presso la R. Università di Roma le prove per la libera docenza in oftalmologia e clinica oculistica.

La sua dissertazione scritta sul tema assegnatogli: « I traumatismi oculari nell'esercito », di cui ci occuperemo in un prossimo fascicolo, è una completa disamina delle lesioni violente dell'occhio in pace e in guerra, dal punto di vista clinico e medico-legale, suffragata da una vasta casistica personale e da una ricca letteratura.

Questa monografia, sopra un argomento d'attualità e da nessuno fin'ora svolto nel suo complesso, ebbe l'unanime consenso della Commissione giudicatrice, costituita dai proff. Cirincione, Todaro, Angelucci, Lo Monaco e Contino.

La lezione pubblica di prova del dott. Passera riguardava il « Valore dell'occhio nell'ammissione al servizio militare ».

Nell'Amministrazione sanitaria.

Si è pubblicato l'elenco dei medici provinciali aggiunti e dei medici di porto dichiarati idonei alla promozione a medico provinciale di quarta classe ed a medico di porto di prima classe nell'esame indetto con decreto ministeriale 14 agosto 1914.

Sono risultati i dottori: Chimienti Elvino, med. di porto, con punti 210; Abate Alberto, id., con punti 221; Siacci Ugo, id., con punti 239; Angeletti Nazareno, med. prov. agg., con punti 239.

Il prof. Carlo Levi è nominato membro del C. P. S. di Modena fino alla scadenza del triennio in corso.

Nella Croce Rossa.

Ad ispettrice generale delle infermerie della Croce Rossa è stata nominata S. A. R. la Duchessa d'Aosta.

Ordine della Corona d'Italia.

Al nostro collaboratore prof. Guglielmo Bilancioni, su proposta del Ministro della P. I., on. Grippo, è stata conferita la croce di cavaliere della Corona d'Italia.

CATANIA. — A dirigere l'Ospedale civico Vittorio Emanuele è stato chiamato, dal nuovo Consiglio d'amministrazione, il prof. comm. Giambattista Ughetti.

Congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Per il commercio delle specialità medicinali.

È stata nominata una Commissione ministeriale per lo studio e l'esame delle quistioni attinenti al commercio delle specialità medicinali, nei rapporti della rinnovazione dei trattati internazionali che scadranno nel 1917.

La Commissione è presieduta dal prof. Paternò Emanuele, senatore del Regno.

Un gruppo chirurgico per la guerra.

Si è costituito a Genova, sotto l'alta direzione del senatore prof. Novaro, un gruppo chirurgico, il quale si propone, qualora scoppiasse la guerra, di recarsi sulla prima linea di combattimento per la medicazione dei feriti. Da Genova è venuto a Roma il prof. dott. Lusena, per prendere accordi, a tale scopo, col generale medico Ferrero di Cavallerleone.

Nel C. S. P. I.

Nella elezione dei nuovi membri del Consiglio superiore di pubblica istruzione vennero nominati quali rappresentanti le Facoltà mediche i proff. Burci, Rummo e Perrando in sostituzione dei proff. Albertoni, Roth e Monti. Ai professori che meritamente hanno riscosso la fiducia dei colleghi, rallegramenti cordiali.

Al Consiglio di Stato.

La V Sezione del Consiglio di Stato ha dichiarato la propria incompetenza a decidere su di un ricorso del Comune di Vailate (Cremona), contro il Prefetto Presidente del Consiglio provinciale sanitario, per l'annullamento di una relazione 28 gennaio 1914 presentata dalla Commissione giudicatrice del concorso al posto di medico condotto nel Comune di Vailate.

Fondazione della Società italiana di fonetica sperimentale.

Nel salone dell'Associazione sanitaria milanese si è costituita la Società italiana di fonetica sperimentale che già conta in Italia numerosi cultori tra fisiologi, laringologi, maestri di canto, psicologi, fisici e glottologi.

Furono discusse numerose comunicazioni tra cui interessantissima quella dei proff. Ferreri e Bilancioni di Roma sulla « fatica laringea », studiata in condizioni normali e patologiche (paralisi laringee totali, unilaterali, miastenia pseudo-paralitica, ecc.), di Bilancioni « sul ritmo nel verso italiano », del prof. Biaggi di Milano « sul timbro della voce nell'infanzia » (più della metà dei ragazzi ha voce anormale), del prof. Ponzo di Torino sui « tipi respiratori nelle simulazioni », del prof. Mancioli di Roma su « trauma e canto, teatro all'aria aperta, ricerche sul canto, solfeggio e declamazione nell'opera *Aida*.

Il Ponzo ha anche mostrato una ingegnosa modificazione della comune capsula di Marey, che permette di ottenere simultaneamente alla grafica la notazione del tempo, rendendo più esatto il computo cronologico dei tracciati.

Il prof. Silva, direttore del conservatorio di Parma, ha recato numerose grafiche ottenute su diversi tipi di cantanti, rilevandone le caratteristiche individuali.

Il prof. Gradenigo di Torino ha esposto i primi risultati di una inchiesta su la *capacità di riconoscere le note in modo assoluto*, facoltà che alcuni individui posseggono (specie i ciechi) di riconoscere e di designare la nota musicale e l'ottava in cui essa si trova.

Infine il Gradenigo ha riferito una importante osservazione sperimentale sul comportamento dell'area sottoglottica nella fonazione e nel respiro, giovandosi di una giovane a laringe perfettamente normale, in cui era stata per errore fatta la tracheotomia.

La riunione si chiuse eleggendo a presidente onorario il sen. prof. Luciani, a presidente il prof. Baglioni, a consiglieri i professori Gradenigo, Kiesow, Salvioni, Ferreri, Gallignani e Stefanini.

Onoranze al prof. L. Simonetta.

È stata diramata la seguente circolare ai presidenti delle associazioni sanitarie regionali italiane:

È nostro intendimento offrire, a nome dei sanitari tutti d'Italia, al comm. prof. Luigi Simonetta, un tenue ricordo, quale attestato di gratitudine per l'opera assidua, efficace e generosa che spende a favore del Collegio convitto degli orfani dei sanitari italiani in Perugia.

Facciamo quindi appello alla solidarietà dell'Associazione da V. S. tanto degnamente presieduta, perchè concorra col contributo, che crederà opportuno, sia anche modestissimo, e che dovrà essere inviato, non più tardi del 30 del corrente mese, al segretario-cassiere, dott. Resta Domenico - Turi (Bari).

Comitato d'onore: Prof. Luigi Silvagni, Presidente della Federazione degli Ordini dei medici — Comm. prof. Tito Gualdi, Presidente della Federazione dei sanitari addetti alla vigilanza igienica — On. dott. Umberto Brunelli, Presidente dell'Associazione nazionale dei medici condotti — Prof. Domenico Gualducci, Presidente dell'Associazione nazionale veterinaria — Farm. Giuseppe Assauto, Presidente della Federazione degli Ordini di farmacisti.

Comitato esecutivo. Componenti: Comm. dottor Aurelio Cisternino, medico-chirurgo — Dottor Antonio Castellaneta, medico-chirurgo — Dott. Lorenzo Fricchione, medico-veterinario — Dott. Antonio Pansini, medico-veterinario — D'Aprile Vito, farmacista — Pignataro Pasquale, farmacista — Segretario-cassiere: dottor Domenico Resta.

Plaudiamo cordialmente all'iniziativa che ha lo scopo di onorare degnamente uno dei più benemeriti cittadini italiani.

Per il prof. Di Mattei.

Un Comitato d'insigni batteriologi e igienisti si propone di solennizzare il prossimo 25° anniversario d'insegnamento del prof. Eugenio Di Mattei, direttore dell'Istituto d'igiene presso l'Università di Catania. Ci associamo al meritato omaggio.

Per il prof. Poggi.

La Facoltà di medicina di Bologna ha tributato solenni onoranze al proprio Preside prof. Poggi che compiva il suo 27° anno d'insegnamento. Gli fu presentato un volume di scritti medici, al quale hanno collaborato discepoli, colleghi e ammiratori dell'illustre maestro. Un Comitato di studenti gli ha offerto una pergamena, che reca le firme degli studenti degli ultimi anni della Facoltà.

Per il prof. Ferroni.

Il Consiglio di amministrazione degli Ospizi di carità di Parma ha deliberato di offrire al prof. Ferroni, chiamato a Firenze per coprirvi la Cattedra di clinica ostetrica e ginecologica, rimasta vacante per la morte del prof. Resinelli, un'artistica pergamena, in segno di riconoscenza per le benemerenze acquistate verso gli Ospizi stessi, e di affiggerne copia nell'Ufficio di direzione dell'Istituto Parmense di maternità.

Intorno alla riforma delle scuole ostetriche.

Ad un'interrogazione dell'on. Bussi circa una riforma nell'ammissione alle scuole ostetriche, il Ministro della pubblica istruzione ha così risposto: il Ministro della pubblica istruzione non ignora come da tempo si trascini fra i competenti, nelle Associazioni e nei Congressi di ostetricia e di medicina, la questione della più idonea preparazione delle levatrici all'esercizio pratico della loro professione. Ciò che importa, evidentemente, un aumento di cultura generale nelle allieve levatrici ed un nuovo ordine nell'insegnamento nelle scuole di ostericia. La necessità di questa riforma è ormai sentita anche dalle levatrici, le quali comprendono quanto sia nel loro stesso interesse l'elevare la dignità del servizio ostetrico. Ma la questione delle scuole di ostetricia e della riforma di esse non può disgiungersi da quella che si riferisce all'esercizio della professione e quindi dalla riforma del regolamento ostetrico. Il che importa un'opera armonica di collaborazione fra il Ministero dell'istruzione e quello dell'interno, ed il Ministero dell'istruzione si propone di avviarla.

L'insegnamento della infortunistica.

Il Consiglio superiore della pubblica istruzione ha approvato gli atti della Commissione universitaria che concedeva, nel febbraio scorso, al prof. Luigi Bernacchi, consulente medico della Cassa Nazionale infortuni sul lavoro, la libera docenza per titoli in « Infortunistica medico-legale » presso l'Università di Roma.

Una colonia per bambini tubercolotici rilevata dal Comune di Roma.

Il Municipio di Roma ha deciso di assumere la colonia permanente di Nettuno per fanciulli tubercolosi e di trasferirla sopra una spiaggia dipendente dal Comune. Con molta probabilità la colonia verrà portata in una località dell'Isola Sacra, sulla riva del mare, in una tenuta del marchese Guglielmi. I medici del Comune la prenderanno in custodia. E ad essa verranno avviati i fanciulli poveri delle scuole comunali riconosciuti affetti da tubercolosi interna.

Come è noto la colonia permanente di Nettuno aveva potuto vivere fin qui, cioè dal 13 agosto 1913 in poi, con le oblazioni raccolte

dal giornale «Il Messaggero» e con i sussidi e gli aiuti concessi dal Governo, dalla Provincia, dal Comune, dalla Congregazione di carità, dagli Ospizi marini, dalla Croce Rossa, dai Cavalieri di Malta, ecc.

Per l'assistenza ai malati di malattie contagiose.

Il Ministero è venuto nella determinazione di istituire a Milano, come nel 1911, brevi corsi pratici di tecnica delle disinfezioni e assistenza ai malati di malattie contagiose, e ne ha affidato l'insegnamento al valoroso medico-capo prof. Bordoni-Uffreduzzi.

I corsi, della durata ciascuno di circa 10 giorni, si propongono di divulgare le notizie pratiche seguenti: *a*) la natura e i modi di diffusione delle malattie infettive; *b*) l'utilità individuale e sociale dei provvedimenti per la difesa contro le malattie infettive; *c*) la tecnica dell'isolamento di malattie infettive; *d*) la tecnica delle disinfezioni.

Conferenze di igiene agli alunni delle scuole serali.

Per accordi intervenuti tra il Comune di Milano, la Reale Società d'igiene presieduta dal prof. A. Ceradini e la Direzione della Clinica del lavoro, nei giorni festivi dei mesi di febbraio e marzo si sono tenute nell'aula della Clinica delle conferenze popolari attinenti al tema: «Principii d'igiene per chi lavora». Gli allievi ammessi a queste lezioni sommarono a 640 e le lezioni sono state date dal personale scientifico della Clinica.

Nel giornalismo medico.

«La Propaganda Antimalarica», la pregevole rivista diretta da E. Cacace, assume il nuovo nome di «Malariologia».

Riprende le pubblicazioni la «Rivista di Medicina Legale e di Giurisprudenza Medica, con speciale riguardo alle questioni degli infortuni sul lavoro»; fondata dal compianto Severi verrà ora diretta dal prof. Carlo Ferrai; avrà a redattore-capo il dott. G. Mei Gentilucci.

Per la storia della vaccinazione antitifica.

Poichè sono di viva attualità le vaccinazioni antitifiche, è doveroso ricordare che il nostro prof. Nicola De Dominicis, di Napoli, aveva da tempo compiuto delle ricerche sperimentali di vaccinazione contro il tifo mercè iniezioni intraspleniche, intraepatiche, endovenose, ecc., di colture uccise a 60°, e le aveva comunicate al Congresso internazionale di medicina tenutosi a Parigi nel 1900.

Conferenze.

All'Ospedale Incurabili di Napoli ha avuto luogo la conferenza del prof. Pietro Capasso, dal titolo «la guerra e la missione soccorritrice della donna». S. A. R. la Duchessa Elena d'Aosta era fra le ascoltatrici. Oltre le infermiere della scuola e molte dame della Croce Rossa, un pubblico veramente eletto, maschile e femminile, una rappresentanza larghissima del corpo sanitario, le suore degl'Incurabili ed una larga schiera di studenti gremivano la sala della Cattedra Capozzi.

Alla Sanitaria milanese il dott. Gaetano Rapaci tenne una conferenza sulla meningite cerebro-spinale epidemica, trattenendosi sulle vie di contagio, sull'importanza dei portatori e sull'efficacia della siero-terapia.

A Milano presso la Reale Società d'igiene, continuandosi la trattazione dei problemi pratici della crescenza, il prof. Angelo Pugliese ha parlato ad un numeroso pubblico della alimentazione del fanciullo.

Associazione Vegetariana d'Italia.

L'Associazione Vegetariana d'Italia si propone, sull'esempio delle fiorenti Associazioni omonime estere, di diffondere il Vegetarismo anche nel nostro Paese, seguendo un indirizzo assolutamente pratico.

Le adesioni a membro dell'Associazione Vegetariana d'Italia si ricevono — anche con semplice carta da visita — presso la sede dell'Associazione medesima in Milano, via Carlo Alberto, n. 2.

Rimpatrio di dementi stranieri.

Il Consiglio di Stato, con parere di massima del 23 novembre 1914, ha ritenuto che l'intervento dell'autorità giudiziaria, pur costituendo uno dei principî che presiedono al regime manicomiale in vigore nel Regno, non possa estendersi oltre i casi tassativamente indicati dalla legge, e non sia, in ispecie, ammissibile pei rimpatri dei dementi stranieri, che si effettuino in base all'art. 77 del regolamento 16 agosto 1909, n. 615, ed alle convenzioni internazionali, essendo i relativi provvedimenti regolati da norme speciali e rientrando essi nella sfera dei poteri discrezionali del Governo.

Il salvarsan inglese e francese.

Nel «Lancet» del 3 aprile erano riferiti due casi di avvelenamento acuto prodotti l'uno dal sostituto inglese del salvarsan (Kharsivan), e l'altro dal sostituto francese del neosalvarsan (novarsenobenzol Billon); nel «Lancet» del 10 aprile sono riferiti altri due casi del genere, di cui uno letale. Il dott. Lane insiste per un più rigoroso controllo nella fabbricazione, così da equiparare i prodotti d'imitazione a quelli originari; il dott. Watson ritiene che nei primi due casi fosse difettosa la tecnica della somministrazione.

Per le ricerche scientifiche a Vienna.

L'Accademia delle scienze di Vienna ha accordato 800 corone (poco più di 800 lire) al prof. H. Dexler di Praga, affinchè egli possa continuare i suoi studi sull'eccitazione della corteccia cerebrale nel cavallo, e 600 corone al dottor C. Perukopf di Vienna per venire in aiuto dei suoi studi sullo sviluppo dell'intestino e dell'omento.

Un monumento ad Emilio Reymond.

Si è costituito in Francia un Comitato, sotto il patrocinio del presidente della Repubblica, onde erigere un monumento alla memoria del dott. Emilio Reymond, senatore del dipartimento della Loira, l'ardito pilota dell'aria ucciso durante una ricognizione.

Rassegna della stampa medica.

Riv. Sanit. Sicil., 1 feb. FANCIULLI, FRANCO: Dermatosi pruriginosa da acaro delle fave.

La Rif. Med., 6 feb. GRANDE: Mioclonie epilettiche e paramioclono. — FERRANNINI: Eunucoidismo e geroderma genito-distrofico.

Bull. de l'Ac. de Méd., 2 feb. Trattamento delle ferite dei nervi da proiettili (discuss.).

Pathologica, 1 feb. BOLOGNESI: Sporotricosi articolare sperimentale. — FORNEGO: Cellule a secrezione interna dell'utero umano.

La Liguria Med., 1 feb. VIGNOLO: Volvolo dello stomaco.

Lucina, 1 feb. BUSACCHI: Sull'allevamento della prima infanzia.

La Presse Méd., 4 feb. Medicina di guerra.

Gazz. d. Osp., 7 feb. SCAVONETTO-MATERAZZI: La patologia del tabagismo.

Pens. Med., 7 feb. ZANISI: Pseudoreumatismo articolare luetico.

Berl. Klin. Woch., 8 feb. v. BEHRING: Il siero immunizzante antitetanico. — RITTER: Sulla profilassi del tetano.

The Lancet, 6 feb. Mc. WEENEY: L'immunità contro le malattie infettive. — Medicina di guerra.

Münch. Med. Woch., 9 feb. WECHSELMANN, DREYFUSS: Sul salvarsan sodico. — RUMPEL, SINGER: Sulla dissenteria. — Medicina di guerra.

Folia Medica, n. 3. BERTELLI: Sulla difterite cutanea. — MARENDUZZO: La diagnosi del cancro.

Arch. d. Mal. du Coeur. ecc., gen.-feb. AUBERTIN e CHABANIER: La formula leucocitaria negli orecchioni.

Jahresk. f. ärztl. Fortb., feb. Malattie della circolazione e della respirazione in guerra.

The Americ. Journ. of the Med. Sc., feb. FREDERIK: Le cuti-reazioni nelle malattie infettive. — CORDINIER: Polso alternante. — NEWBURG: Il meccanismo vasomotorio nella polmonite. — PALACIOS: Urea extra-fisiologica o putrefattiva.

Paris Méd., 2 feb. Numero sulla radiografia di guerra.

Bull. de l'Ac. de Méd., 9 feb. MARIE: L'elettrizzazione dei nervi nelle ferite dei nervi. — DELORME: Le congelazioni.

Medic. Record, 6 feb. STERN: La roentgenerapia profonda dei tumori maligni. — MICHLE: Il tifo messicano.

The Journal A. M. A., 6 feb. SHARPE e FARREL: Nuovo trattamento operativo della paralisi spastica cerebrale. — HENDERSON: Il bacillo dell'acido lattico nel trattamento del diabete mellito.

L'Ig. d. Scuola, feb. DI VESTEA: Sviluppo del corpo umano e sua importanza per l'educazione fisico-psichica dello scolaro.

La Cron. Méd., 10 feb. ALVARADO: Sieroterapia e vaccinoterapia della gonorrea. — 25 feb. DIEZ: L'elioterapia nelle tubercolosi infantili.

Wien. Klin. Woch., 11 feb. Medicina di guerra.

Zbl. f. Chir., 13 feb. HEILI: Sulla tecnica dell'appendicectomia.

Zbl. f. inn. Med., 13 feb. ARUHEIN: Sul trattamento dei ronzii d'orecchio.

Dermat. Woch., 13 feb. SCHUMACHER: L'ipersolfato d'ammonio nella gonorrea.

Riv. crit. di Clin. Med., 13 feb. FELDMANN: L'azione terapeutica della puntura lombare.

La Rif. Med., 13 feb. GAPPELLI: Influenza del nucleinato di manganese (ossidasolo) sul ricambio azotato. — TADDEI: Neoformazioni fibro-lipomatose intermuscolari della coscia.

Pensiero Med., 14 feb. DA POZZO: Turbe epatiche e dolore cistico nell'infezione tifoide.

Gazz. d. Osp., 14 feb. CERIOLI: Iniezioni endovenose di iodoformio nella cura della polmonite.

The Lancet, 13 feb. PURSLOW: L'eclampsia puerperale. — LEDINGHAM: Purpura sperimentale. — CAMMIDGE: Pseudo-levulosio nelle urine.

Berl. Klin. Woch., 15 feb. BLUMENTHAL: Anafilassi e iniezione intracutanea. — BRUGSCH e WOLFFENSTEIN: I derivati purinici nella terapia. — Medicina di guerra.

Giorn. Intern. d. Sc. Med., 15 feb. DE MICHELE: La reazione Moriz-Weisz nella tubercolosi. — EVOLI: Il timo nelle infezioni.

Paris Méd., 13 feb. OMBREDANNE: L'infezione gangrenosa delle ferite in guerra.

La Presse Méd., 11 feb. CORYLLOS e PECKER: Semeiologia e trattamento dei disturbi funzionali da costrizione dei tronchi nervosi.

The Journ, of Trop. Med. a. Hyg., 15 feb. CASTELLANI: Infezione tripla: da tifo, paratifo A e paratifo B.

Pathologica, 15 feb. PANE: Sulla virulenza dello pneumococco secondo il metodo d'isolamento. — DI CRISTINA e CARONIA: Sulla terapia della Leishmaniosi interna.

Riv. Ospedal., 15 feb. RODANO: Postumi rari di osteomielite.

Bull. de l'Ac. de Méd., 16 feb. PINARD: Protezione dell'infanzia. — CASTEX: Chirurgia dei nervi. — MOURE: L'oto-rino-laringoiatria in guerra.

Arch. di Farmac. e Sc. aff., 1 feb. GANGI: Alterazione della regolazione termica dopo la estirpazione delle capsule surrenali. — 15 feb. SANMARTINO: L'azione degli zuccheri sui vasi sanguigni.

Folia Med., n. 3. CASTELLINO. Sindrome pluriglandolare. — D'ONGHIA. Su di un riflesso del femore.

Klin.-ther. Woch., 15-22 feb. PISCK. Diagnosi e profilassi del tifo petecchiale.

Arch. f. Verd.-Krank., 15 feb. STRAUSS. Sull'etiologia della dissenteria e delle malattie dissenteriformi. — STILLER. La patologia dell'appetito.

Il Morgagni (Riv.), 15 feb. VENTURELLI. Gozzo e cretinismo endemico.

Riv. di Ig. e San. Pubbl., 16 feb. BERTANI. Gli oidii patogeni della bocca.

Wien Klin. Woch., 18 feb. TRENDELENBURG. La misura stereoscopica delle cavità, in specie ai raggi X. — BUIWID. La morbosità e la mortalità consecutive alla vaccinazione.

La Presse Méd., 18 feb. Medicina di guerra.

La Rif. Med., 20 feb. BERTOLOTTI. Acondroplasia e geroderma genito-distrofico di Rummo e A. Ferrannini.

Pensiero Med., 21 feb. LAVATELLI: La reazione di Landau per la diagnosi della sifilide.

Journ. d. Prat., 20 feb. MATHIEU. La sindrome ulcero-pilorica.

Riv. crit. di Clin. Med., 20 feb. CAVINA. Ulcera gastrica e dolori intercostali. — GIUGNI. La febbre dei tre giorni o da pappataci.
Berl. Klin. Woch., 22 feb. POSNER. Analisi cromatica del pane. — SINGER. Le psicosi della guerra. — HUEPPE. Le epidemie in guerra.
Brit. Med. Journ., 20 feb. MAUSON, MACKIE e SMITH. La reazione di Wassermann in oftalmoiatria. — BLACK. Contrattura di Dupuytren. — Medicina di guerra.
The Lancet, 20 feb. MOORE. Lipaemia retinalis. — Medicina di guerra.
Münch. Med. Woch., 23 feb. RIEDER. I processi di guarigione naturale nel pneumotorace naturale. — KOENIGSFIELD. Un nuovo principio della sieroterapia delle malattie infettive. — Medicina di guerra.
Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 feb. LOEWENTHAL. Eosinofilia consecutiva alla resezione sperimentale dello sciatico.
Wien. Klin. Woch., 25 feb. WALKO: Le malattie epidemiche combinate ad altre infezioni. — WEIL e SPAET: La reazione di Widal nel tifo petecchiale.
La Presse Méd., 25 feb. LERMOYEZ: La sordità in guerra. — SICARD e A.: Le ferite dei nervi.
Bull. de l'Ac. de Méd., 23 feb. BALLET: Le misure contro l'alcoolismo. — MENDELSSOHN: L'esame elettrico dei nervi. — VALUDE: Le operazioni inopportune sui feriti in guerra.
The Journal A. M. A., 20 feb. SMITHIES: Sintomatologia del cancro gastrico. — SIMMONS: Il torcicollo. — RIESMAN: Il fattore cellulare nelle malattie infettive. — FRANCE: Sintomi nervosi e psichici nelle malattie cardiache.
The Boston M. a. S. Journal, 18 feb. ALLEN: Il trattamento del diabete. — RISLEY: La diagnosi pre-operativa delle glandole tubercolari mesenteriche e retroperitoneali.
Med. Record, 20 feb. ROSANOFF: Sui progressi della psichiatria.
Folia Med., 20 feb. STANZIALE: Sifilide dell'esofago. — FERRATA: I mezzi di difesa contro le malattie infettive.
Zbl. f. inn. Med., 27 feb. STERNBERG: Cucina vegetariana e cucina carnea.
Zbl. f. Chir., 27 feb. TIETZE: Estrazione di scheggie di granate mediante l'elettromagnete.
Journ. d. Prat., 27 feb. BONNEAU: Localizzazione dei proiettili. — POTHERAT: La frattura di Dupuytren.
La Rif. Med., 27 feb. PERUGIA e CARCHIDIO: Le malattie da morso di topo. — ORLANDI: Valore clinico del riflesso oculo-cardiaco.
Brit. Med. Journ., 27 feb. PINCH, TURNER: Radiumterapia.
Riv. crit. di Clin. Med., 27 feb. CASTALDI: Il fenomeno dell'avambraccio (segno di Lévi).
The Lancet, 27 feb. CHEYNE: Il trattamento delle ferite in guerra. — AUREGAN: Sul trattamento del tetano.
Pensiero Med., 28 feb. GABBI: L'esame delle macchie di sperma.
Zbl. f. Ther., feb. BLITSTEIN: Fissura ani.
Il Lavoro, 28 feb. PRETI: Meningite asettica d'origine saturnina.
Intern. Centbl. f. d. ges. Tuberkul.-Forsch., 27 feb. KUTHY: Sulla tecnica del pneumotorace artificiale.
Ztschr. f. Tuberk., feb. HELM, MEISSEN, PIJNAPPEL: La tubercolosi nelle truppe. — LEWIN: Biochimica e chemoterapia della tubercolosi.
La Clin. Med. Ital., feb. TEMPINI: Semiologia della polmonite in enfisematici. — PIAZZA: Forme iniziali atipiche della sclerosi in placche. — FRUGONI: Eliminazione del bacillo di Eberth con la bile.
Gl'Incurabili, 28 feb. ROMANO: Origine psicopatologica dell'atassia mestruale.
Proc. R. Soc. of Med., feb. TURNEY: Le neurosi vasomotorie. — BARCLAY: La localizzazione dei corpi estranei (discuss.). — MOTT: Applicazione della fisiologia e della patologia allo studio della mente nello stato di salute e di malattia.
Il Morgagni, feb. BORRI: Mentalità medico-clinica e mentalità medico-giuridica. — CONSOLI: Eterotopia della sostanza grigia del midollo spinale.
Riv. Ospedal., 28 feb. PUTTI: Sulla cura del piede calcaneo-cavo-valgo paralitico.
Bull. J. Hopkins Hosp., feb. CLOUGH: L'ipersensibilità al penumococco. — SELLARDS e BAETJER: Le forme atipiche di amebiasi intestinale.
La Pratica oto-rino-laring., 28 feb. DELLA VEDOVA: Sordità ed adenoidismo nelle scuole primarie.
Trop. Dis. Bullet., 28 feb. Igiene applicata ai tropici.
The Journal A. M. A., 27 feb. RODMAN: Cancro del seno. — HOGAN: Iniezioni colloidali endovenose nello shock. — LOCB: Sulla coltura dei tessuti.
L'Attualità Med., feb. VISENTINI: Il Kala-azar.
Ann. di Ostetr. e Ginec., 28 feb. LOREDAN: Azione dell'estratto mammario sul sistema circolatorio.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XXII. Roma, 23 maggio 1915 Fasc. 21

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

MEDICINA SOCIALE.

Profilassi delle malattie d'orecchio, naso e gola nelle scuole.

Sunto delle lezioni al corso di Medicina scolastica presso l'Istituto d'igiene della R. Università di Roma (novembre-dicembre 1914)

per il prof. T. MANCIOLI.

IV. L' ipoacusia.

Vedemmo già la *frequenza* della ipoacusia nella popolazione scolastica, in rapporto con lo sviluppo esagerato, nei linfatici, del tessuto adenoide naso-faringeo.

Ricordammo anche come diventando l'orecchio, per la stenosi della tromba d'Eustacchio, una cavità chiusa, resta maggiormente suscettibile alle infezioni piogene.

Con lo svilupparsi dell'organismo il tessuto adenoide ha tendenza all'atrofia e questo ci spiega come molti bambini che soffrirono d'ipoacusia, diventando adulti, pur non avendo fatto cure speciali, migliorarono dell'udito: questi però sono i casi più rari, in molti altri o per il permanere della stenosi della tromba o per l'insorgere di fatti catarrali o suppurativi nell'orecchio l'udito resta ridotto, ed anzi, per il sopraggiungere di nuovi elementi (come l'anchilosi della catena degli ossicini), può seguire un peggioramento progressivo dell'udito e complicarsi con disturbi anche più gravi come le vertigini.

Vedemmo pure gli *effetti* dell'ipoacusia del bambino sul rendimento scolastico e sull'intelligenza, effetti che vengono poi associati ad altre cause che arrecano l'ipoacusia (vedi *insufficienza nasale*) sia pel tramite di secrezioni interne alterate, sia dei riflessi.

La *diagnosi* è fondata su dati diretti (esame otoscopico) e su dati etiologici e funzionali. I caratteri dell'insufficenza nasale metteranno sull'avviso e anche se l'esame funzionale e otoscopico saranno negativi dovremo classificare chi ne è affetto come un predisposto giacchè alla più lieve occasione insorgerà l'otite o catarrale o purulenta.

La diagnosi generica di ipoacusia è tutt'altro che difficile e reclama soltanto un po' di pazienza per escludere la simulazione e la dissimulazione, che nei bambini sono spesso involontarie.

In un ambiente chiuso, si avvicinerà ad un orecchio del bambino (tenendogli l'altro tappato) un orologio, e allontanandolo gradatamente si vedrà fino a quale distanza venga percepito, avendo cura tratto tratto di allontanarlo rapidamente o di fermarne il movimento per conoscere se il bambino dice il vero.

Generalmente un orologio da tasca è percepito a un metro, ma poichè l'intensità del tic-tac è variabile secondo i meccanismi, il confronto del modo come l'orologio è percepito da qualche orecchio sano potrà permettere una sicura graduazione.

Ancor più semplice è l'altro mezzo di misurare l'acutezza uditiva facendo ripetere delle parole pronunciate a voce afona e misurando la distanza a cui queste parole vengono percepite. Questa distanza non sarà mai inferiore ai 7 metri nei casi normali, in ambienti silenziosi.

Del resto anche qui il confronto permetterà una graduazione più esatta.

Nel fare l'esame con la voce afona occorrerà ricordare anzitutto che per voce afona intendiamo quella emessa, senza suono, con la quantità dell'aria che residua nel polmone dopo una espirazione tranquilla. Il bambino sarà disposto in modo da presentare all'esaminatore un orecchio alla volta, mentre l'altro sarà tenuto chiuso col dito, e senza che egli possa aiutarsi con la vista a comprendere i fonemi dal movimento delle labbra di chi li pronuncia.

Le parole da pronunciarsi (da variarsi nell'esaminare una scolaresca per timore che sieno imparate a memoria) sono le seguenti:

I Gruppo: *Sasso, sesso, esse, essa, essi, esse, ascia, messa, osso, coscia, ceci, gesso, soffio. foggia, fico, giostra, finestra, ginestra.*

II Gruppo: *Tetto, tatto, tutti, piatto, petto, letto, gatto, otto.*

III Gruppo: *Babbo, barba, barca, birra, terra, carro, burla, burro, fumo, ruga, uno, unto, uva.*

Nelle malattie catarrali croniche dell'orecchio medio, che sono appunto quelle che decorrono subdolamente nell'età della scuola, sono relativamente bene sentite le parole del I gruppo, mentre sono male percepite le consonanti di bassa tonalità e di poca intensità sonora (II gruppo e specialmente il III gruppo).

V. Sordomutismo.

È la mancanza di percezione delle onde sonore con abolizione del linguaggio articolato che è in stretto rapporto con la funzione acustica.

Posizione sociale dei sordomuti. — Plinio li giudicava idioti, Giustiniano negava loro alcuni diritti civili, le leggi romane li spogliavano dei diritti civili, il medioevo li confinava nei chiostri, i barbari li condannavano a morte, S. Agostino diceva non potere il sordomuto giungere a comprendere la fede cattolica.

a) Etiologia del sordomutismo congenito. — Si hanno scarse notizie sulla sua distribuzione geografica ma certamente è più frequente nei paesi di montagna e nelle vallate alpine. La causa diretta consiste in anormale sviluppo dell'organo oppure in una malattia precoce biauricolare tenendo conto che la funzione dell'orecchio interno s'inizia non prima della 8ª settimana dalla nascita, giacchè nelle prime settimane la cassa è ripiena di tessuto mucoso che va man mano riassorbendosi.

La consanguineità dei genitori influirebbe sul sordomutismo congenito; la trasmissione per eredità diretta è provata appena su 1/30 dei casi, mentre invece v'è una certa disposizione familiare al sordomutismo. È molto più frequente nei poveri, e nel senso maschile; spesso (22-25 %) si associa ad alterazioni del fondo dell'occhio.

Un gran numero di sordomuti muore di tubercolosi polmonare fra i 15 e i 30 anni. Dànno un forte contingente a malattie cerebrali e profondi disturbi psichici, con tendenza al suicidio in coloro che furono istruiti, ad azioni criminose in coloro che non furono educati. Non mancano però tra i sordomuti persone celebri: ricorderemo: De Schutz (scultore spagnuolo), Sonton (pittore inglese), Berthier (decano Istituto Nazionale di Parigi), Wigam (matematico), Peyson (pittore), Montpellier, ecc.

b) L'etiologia del sordomutismo acquisito è riferibile a:

1º alterazioni bilaterali dell'orecchio interno: di solito esiti di labirintiti purulente, o distruzione dell'acustico per infezioni fra cui per ordine di frequenza: la meningite cerebro-spinale, il tifo, la scarlattina, la parotite epidermica, la difterite;

2º alterazioni bilaterali precoci e gravi dell'orecchio medio, suppurazioni della cassa, otili medie catarrali croniche.

c) La diagnosi del sordomutismo non è sempre facile, anzi nei primi anni si presenta ardua giacchè bisogna pensare che se vi sono dei bambini che cominciano a parlare entro il 1º anno di vita, ve ne sono molti che articolano qualche parola solo verso la fine del 2º anno e fanno lenti progressi.

Un mezzo, se non di facile esecuzione certo di grandissima importanza per la diagnosi differenziale tra sordomutismo e frenastenia, rimane quello proposto fin dal 1904 dal dott. Consoni, il quale trovò che l'assenza della vertigine voltaica e dei segni obbiettivi che l'accompagnano depone sicuramente per uno stato di sordomutismo parziale o totale, mentre invece la persistenza dei segni motorii che accompagnano la vertigine voltaica, quando sieno prodotti con correnti di debole intensità, in bambini che non dieno segno di comprendere alcun rumore, rende attendibile la diagnosi di frenastesia.

Tale condizione fisiopatologica specialissima dei sordomuti, è in rapporto con la distruzione più o meno estesa apportata dalla lesione primitiva auricolare al nervo vestibolare: se la distruzione sarà stata completa la vertigine non si avrà affatto, se la distruzione sarà stata parziale occorrerà un'intensità di corrente molto forte, 5-7 MA, per ottenere quella vertigine, che si ottiene in casi a N. vestibolare integro con 1-2 MA.

Dai censimenti risulta che l'Italia ha — relativamente alla popolazione — il minor numero di sordomuti.

	Censimento dell'anno	Numero dei sordomuti	Proporzione su 100,000 abitanti
Italia	1871	19,779	73.8
	1881	15,300	53.7
Francia	1872	22,610	62.6
Svizzera	1870	6,544	245.2
Austria	1880	28,954	130.7
Ungheria	1880	19,874	126.3
Prussia	1880	27,794	101.9
Altri Stati germanici	1871	14,174	93.1
Belgio	1851	1,989	43.9
Olanda	1869	1,199	33.5
Svezia	1870	4,266	102.3
Norvegia	1875	1,571	86.4
Danimarca	1870	1,156	62.0
Finlandia	1880	2,098	101.8
Spagna	1877	7,629	45.9
Portogallo	1878	3,109	74.7
Grecia	1879	1,085	64.6
Stati Uniti d'America	1880	33,878	67.5

d) Istruzione dei sordomuti. — Ben diversi sono i risultati secondo che si tratti di sordomutismo congenito o acquisito. Di solito a questo secondo gruppo appartengono degli esseri che mantennero il ricordo della percezione sonora.

Fin dal 1600 Fabrizio d'Acquapendente aveva dimostrato che i sordomuti possono imparare a parlare. Ma nel secolo scorso prevalse sopra ogni tentativo il metodo dell'abate De l'Epée (linguaggio mimico o dei gesti) cui però ben prestò seguì il metodo di Heinicke che insegna a comprendere e ad articolare i suoni dal movimento delle labbra (metodo labiale). Questo metodo avendo il vantaggio di permettere al sordomuto di conversare anche con chi non comprende la sua mimica ha trionfato sull'altro; porta poi una vera profilassi alla tubercolosi a cui per inerzia della cassa toracica i sordomuti, come dicemmo, sono predisposti.

Il metodo misto infine trae profitto dal lato migliore dei 2 sistemi sopradetti.

Grande utilità al metodo orale può essere apportata dagli esercizi acustici ideati da Urbantschitsch, il quale basandosi sul fatto che in circa la metà dei sordomuti persistono dei resti di udito, cerca di rieducare con esercizi graduali questi resti per mezzo di esercizi metodici.

Questo rappresenta non solo un inestimabile beneficio per l'insegnamento di quello che si dice «il sentimento della lingua» in coloro che rimasero infelici dai primi giorni di vita, ma influisce certamente anche nello sviluppo psichico del sordomuto togliendolo al sepolcrale silenzio dell'isolamento sociale.

Ecco i risultati che Urbantschitch ebbe a Döbleng (1893):

9 casi dalla sordità quasi totale ricondotti a percepire i rumori; 17, i suoni; 18, le vocali; 4, alcune parole; 7 dalla percezione dei soli rumori a percepire le vocali; 2, alcune parole; 2 dalla percezione dei soli suoni a percepire le vocali; 3, le parole; 2, delle proposizioni; 9 dalla percezione delle sole vocali a percepire le parole; 19, delle proposizioni.

I doveri del medico di fronte al sordomutismo sono:

1° *Profilassi*: la profilassi è la cura delle malattie suppurative dell'orecchio nella prima età. Ricordiamo che ogni bambino che si guarisce, prima del 7° anno di vita, di otite media purulenta cronica bilaterale è un infelice salvato dal sordomutismo.

2° *Diagnosi*: abbiamo visto che non è facile, ma appunto per questo è necessario risolverla.

3° Consigliare il sollecito ricovero in appositi asili e, a suo tempo, in Istituti, dopo aver tentato quei mezzi che anche parzialmente e indirettamente possono influire a vantaggio della facoltà uditiva.

VI. **La voce umana.**

Quando Mand affermava che la voce è lo specchio dell'anima accennava molto vagamente e con frase romantica alla naturale influenza che il sistema nervoso (massime il cervello) esercita sulla voce.

Le *passioni* e le *emozioni* di un individuo si fanno sempre risentire sulla laringe: l'emozione in chi parla per la prima volta in pubblico presenta sovente in mezzo ad un quadro fenomenologico, che può riuscire molto complesso, un sintoma eclatante e comune e cioè un certo grado di inibizione cerebrale che come fa perdere la memoria e produce disturbi della visione, così può arrestare e modificare il timbro e la intensità della voce.

Ma anche in limitata conversazione il grado di emotività e di sensibilità traspare spesso dal tono della voce e da ciò si rileva il rapporto intimo tra la voce e lo stato psichico di chi parla e spiega la forza morale della voce sullo stato psichico di chi ascolta.

È rimasta celebre nella storia l'influenza morale sulle masse della voce di G. Cesare, di Napoleone, di Garibaldi.

La voce risente di molte altre *cause* che la fanno variare nell'altezza, nell'intensità e nel timbro: oltre le particolarità anatomiche individuali degli organi che la producono e che la coloriscono va tenuto conto dell'età, delle condizioni circolatorie, dell'alimentazione, delle abitudini, dell'ambiente, del genere di vita e delle diverse circostanze dell'esistenza umana.

Ma con tutto ciò è ben noto come ogni individuo abbia una *voce sua propria* riuscendo oltremodo rara la perfetta rassomiglianza di 2 voci. Questo fatto dà ad ogni voce un'impronta di speciale caratteristica e ne permette un prolungato *ricordo* che notoriamente è più duraturo di quello della fisonomia oltre che per una più facile rimembranza delle percezioni acustiche, anche perchè la voce va molto meno soggetta a variare il suo carattere che mantiene quasi inalterato dalla pubertà alla vecchiaia. Se poi teniamo conto della forza suggestiva intensa che una voce può avere su chi l'ascolta ci rendiamo ancora maggior conto del ricordo indelebile che lascia e delle illusioni e delle allucinazioni che può suscitare.

La poesia ed il romanzo dal Petrarca a Fogazzaro hanno ripetutamente sfruttato questo argomento. A molti di noi è accaduto, parlando per la prima volta con una persona di rimanere talvolta sorpresi del suono della voce che ci attendevamo diversa. Tale osservazione, talora sfuggevole, rivela che abbiamo trovato un contrasto tra l'aspetto e la voce di quella persona.

Ci si sarà dato anche il fatto opposto: di avere cioè quasi indovinato i lineamenti di persone a noi sconosciute di cui però avevamo, prima di vederle, sentita la voce.

Infatti una voce robusta e sonora fa pensare ad un organismo sano, nel fior degli anni, ad un torace bene sviluppato, una fisonomia regolare, la quale permetta la completa risonanza delle cavità del naso e delle ossa della faccia, un viso insomma non alterato da quegli occhi semispenti, da quelle labbra cadenti, da quel prognatismo antiestetico che sono le note caratteristiche degli adenoidei e degli altri stenotici nasali che rappresentano il 90 % dei disfonici.

In pari tempo l'intensità e l'espressione della voce, le sue modulazioni e le sue pause sono qualità che mentre ci rivelano il momento psicologico di chi parla indicano anche la sua robustezza, la sua educazione, la sua sensibilità e il suo carattere.

Così troviamo in Omero la *stridula* voce del ciarlator Tersite, il muggito di Marte, la ferrea voce di Achille; e in Dante il grido di Caronte, il ringhio di Minosse, la voce chioccia di Plutone e le dolcissime melodie dei beati.

Quest'analisi sottile e involontaria della nostra mente ci dà il *tipo individuale della voce*. Esiste anche un *tipo di voce* nazionale. Classico tipo è quello degli abitanti degli Stati Uniti. La loro voce è una delle più spiacevoli — per noi europei — stridula, di tono elevato, rassomiglia ad una serie male alternata di trilli di uccelli che si azzuffino: e questo non è soltanto nelle persone avvezze ad urlare in piazza e per le vie, ma in uomini e donne di indiscutibile raffinatezza ed educazione.

Uno scrittore americano ha raccolto alcune ipotesi per spiegare questo fatto.

V'è chi attribuisce l'elevatezza di tono della voce americana all'essersi gli organi vocali delle donne adattati ai toni più acuti durante la loro lunga vita alle frontiere quando dovevano chiamare ad alta voce i loro uomini per il pasto. Altri l'attribuisce all'assenza di una monarchia e perciò di una classe superiore bene educata, tranquilla e cortese: l'eguaglianza di tutti nello stato renderebbe gli uomini arroganti ed iracondi e quindi senza riguardo nell'emettere la voce.

Se tanta può essere la potenza della voce umana, quando essa poi viene a interpretare il pensiero musicale o artistico, nel teatro di canto o di prosa, assurge ad un valore pratico che può diventare inestimabile, e può rappresentare, specialmente per noi italiani, una fonte di ricchezza che non va affatto trascurata e la cui selezione, anzichè su criterî empirici dovrebbe essere fondata su criterî esclusivamente medici.

Come ci sforziamo di rendere le giovani generazioni forti, robuste e mantenerle sane, possiamo far qualche cosa perchè si arricchiscano di una buona voce?

Vediamo quindi anzitutto le *cause delle disfonie* e in pari tempo ricorderemo degli elementi d'*igiene della voce*.

1° *Le stenosi nasali*: aria troppo fredda, pulviscolo, ecc., produrranno presto faringo-laringiti croniche. Abbiamo poi visto che in questi casi la voce ha scarsa risonanza e può acquistare un timbro nasale.

2° *In ambienti* ove l'aria è poco ossigenata gli atti respiratorî si fanno più frequenti e ne viene una irritazione alla laringe nonchè una irregolarità nella corrente d'aria destinata a mettere in movimento le corde vocali.

3° *Un'aria surriscaldata,* specialmente secca, è poi pregiudiziale alla voce perchè la respirazione si rallenta e la voce risulta indebolita, strisciata e senza colorito. Lo stesso dicasi dei profumi che non dovrebbero essere adoperati da chi vuol conservare integra la propria voce.

4° *Bacco e tabacco* si mantengono speciali nemici della voce per i catarri naso-faringei cronici e per la degenerazione grassa di tutti gli elementi del corpo umano donde deriva una incoordinazione dei movimenti che concorrono a formare la voce, specie se v'è stenosi nasale.

Così pure dicasi per l'alimentazione che se non è sobria può influire dannosamente sulla voce per il tramite di disturbi gastrici, che assai spesso si accompagnano a iperemie delle mucose della bocca e della faringe.

Eguali iperemie si hanno per ingestione di cibi e bevande troppo calde e per eliminazioni di medicinali introdotti in vario modo nell'organismo (cure di ioduri, di bromuri, di cacodilati, ecc.).

5° L'*apparecchio genitale* è in strettissimo rapporto con la voce. Basterà ricordare la *muta della voce* nel periodo della pubertà: gli abbassamenti della voce (da iperemie laringee transitorie) nei periodi mestruali e nelle flogosi uterine, che sono spesso causa anche di tossi parossistiche, spasmo della glottide e disfonie. Eguali fenomeni laringei possono aversi nella gravidanza e nell'età critica. L'isterectomia è dannosa per il canto. Alterazioni della voce possono infine avvenire, tanto nell'uomo che nella donna per abusi sessuali.

6° Gli *sports* generalmente sono favorevoli alla voce migliorando l'equilibrio organico e la respirazione con l'aumento del perimetro toracico, però non devono essere costituiti da esercizî violenti che richiedano uno sforzo esagerato nel quale le corde vere e false si ravvicinano con eccessiva contrazione. Gli *sports* poi in genere sono dannosi se diventano predisponenti a cause reumatiche o si esplicano in ambienti sfavorevoli (umidità, polveri, ecc.).

7° Molte professioni influiscono dannosamente sulla voce o per esalazioni di vapori irritanti, o per il pulviscolo diffuso nell'ambiente, o per la temperatura o la pressione atmosferica diversa da quella a cui l'organismo umano è abituato. Numerose sono le alterazioni da *surmenage* proprio in coloro che dalla voce traggono il mezzo d'estrinsecazione della loro attività e pei quali un deterioramento della funzione vocale rappresenta un vero e proprio disastro economico e spesso un suicidio morale. Così pei cantanti, attori, avvocati, predicatori, uomini politici e sopratutto maestri la cui laringe va assai spesso soggetta ad ammalare non solo per l'esercizio esagerato di essa ma anche perchè la polvere, l'aria poco ossigenata, il freddo e l'umidità troneggiano ancora troppo spesso nelle nostre scuole — e non dei soli comunelli — tutti fattori che contribuiscono a rendere rauchi gli insegnanti a preferenza degli altri consumatori della voce.

Ma parlando di *surmenage* richiamerò la vostra attenzione sopra un fattore che è il substrato di molte disfonie permanenti.

Io intendo parlare del *surmenage* della voce nei bambini.

Che cos'è mai il lavoro laringeo dei cantanti, dei predicatori e dei maestri, di fronte a quello fatto da un bambino di 10 anni? Ora se la fatica nei primi è sufficiente a dare la disfonia, non dobbiamo meravigliarci se la maggior parte dei bambini ha una voce normale?

Mentre il fine d'ogni attività dell'infanzia è il miglioramento dell'individuo, l'abuso della voce è una grave e continua eccezione a quella legge, che l'infanzia segue, del minimo sforzo.

Non parlo di quelle grida del 1° anno di vita che rappresentano l'unico mezzo di estrinsecazione dell'*io*, ma dell'altezza e dell'intensità della voce con cui i più grandicelli preferiscono di parlare.

È una maniera involontaria di compenso della loro piccola personalità? È una voce adattata ad un ambiente che, per noi limitato, deve sembrare molto più vasto ad essi? È un mezzo di ginnastica istintiva dei loro muscoli toracici o addominali, dei loro organi respiratorî o circolatorî?

Forse tutte queste ragioni ed altre ancora influiscono a far scegliere ai bambini la tonalità elevata, ma l'educazione deve influire beneficamente sulla voce sottraendola a questa causa che frequentemente può, spesso irrimediabilmente, alterarla.

Questo *malmenage* della voce apporta facilmente nei bambini la *corditis tuberosa,* cioè noduletti sui punti di vibrazione delle corde vocali. Peggio ancora avviene per i bambini assoggettati ad esercizio smodato non solo vocale ma anche strumentale (ricreatori), che compromette in molti per sempre la funzione laringea per iperemie ripetute, emorragie sottomucose, paresi delle corde vocali, prolasso dei ventricoli di Morgagni, ecc.

Per quel che riguarda l'*altezza* della voce risultano assai importanti le recenti osservazioni di Biaggi e di Baglioni, i quali, per vie di osservazione diversa, hanno trovato che sotto l'influenza di una corrente sonora una persona che parla o che legge, gradatamente e involontariamente modifica l'altezza della sua voce fino a metterla d'accordo con l'altezza della corrente sonora; cerca cioè involontariamente di sottrarsi

al fastidio della dissonanza, modificando la propria voce per quell'intimo legame che unisce i centri sensoriali uditivi con i centri corticali motorî della fonazione. In tal modo per chi parla o legge, non solo scompare il fastidio, ma se la nuova altezza è adatta ai suoi organi fonatorî, prova piacere e incitamento a mantenere quell'altezza per effetto dell'accordo consonante.

Il fatto ha non lieve importanza pedagogica, giacchè gli allievi adatteranno l'altezza della loro voce a quella che predomina nella classe (dell'insegnante). Ciò avverrà tanto più facilmente in quanto l'adattamento in genere è molto più facile quanto più il suono influenzante anche per gli altri caratteri (intensità e timbro) si avvicina alla natura della voce umana e in questo caso si tratta proprio di un'altra voce.

Così si spiega il meccanismo di aggruppamenti familiari, di scuole, di villaggi, di città, di nazioni, pur tenendo conto di un solo carattere della voce, l'altezza.

VII. **Rapporti fra patologia in generale e voce.**

La voce generalmente è debole nella *convalescenza* per debolezza respiratoria; nella *febbre* è concitata, talora metallica o stridula per alterate condizioni del respiro e del circolo.

Molte malattie sono cause di disfonie, appunto per alterazione del respiro e del circolo, altre per lesioni nervose centrali o periferiche, altre infine per lesioni della muscolatura laringea d'origine tossica (veleni minerali: piombo, rame; veleni d'origine batterica: difterite, tifo, ecc.).

Un arresto di sviluppo dell'organo vocale è prodotto nei bambini dal rachitismo che rende la voce belante.

La gotta provoca alterazioni sulla mucosa delle prime vie respiratorie rendendo aspra la voce.

Molti disturbi di fonazione, ridotti talora a semplice e lieve raucedine nemmeno costante, possono dipendere dalla lue e dalla tubercolosi (oltre alle classiche manifestazioni). In questi casi non è tanto il disturbo vocale che deve richiamare l'attenzione del medico scolastico quanto la sua salute generale. Particolarmente nelle ragazze prossime al periodo della menopausa con mucose pallide e soggette a improvvise estinzioni di voce bisognerà ricercare se v'è la tara tubercolare.

Si è spesso affermato che la tubercolosi laringea sia molto rara nei bambini: il Perrin afferma che si tratta invece di lesioni che decorrono con scarsi sintomi locali e si rivelano solo alla necroscopia. Al Dispensario Re Umberto ho potuto osservare nei figli dei tubercolosi delle lesioni laringee sospette che dopo qualche mese divennero positivamente tubercolari e in seguito si ebbero localizzazioni polmonari.

Negli adulti ho trovato che la localizzazione laringea si ha nel 60 % dei tubercolosi polmonari e talora precede la lesione del polmone, forse non perchè primitiva, ma perchè meglio diagnosticabile con l'esame laringoscopico.

VIII. **Disturbi del linguaggio.**

Mentre da inchieste fatte da maestri, la frequenza dei disturbi del linguaggio nella popolazione scolastica sembrerebbe molto scarsa (a Roma il 3.45 %, a Bologna il 10 %) dall'inchiesta condotta a termine dal prof. Sala risulta che tali disturbi sono diffusi nel 30 % degli scolari.

Infatti a chi non è specializzato nella materia molti disturbi poco marcati sfuggono, senza parlare dei parenti ai quali spesso l'affetto fa velo in modo che dei difetti di pronuncia nei loro bambini spesso si compiacciono.

Contrariamente a ciò che si dice, le vere dislalie, le voci di falsetto e le nasali e più ancora la balbuzie, non hanno affatto una tendenza alla correzione spontanea.

I disturbi del linguaggio sono spesso una causa di arresto e di ritardo di 1 o più anni negli studi, costituendo una fatica ed una preoccupazione per l'allievo; nell'adulto poi rappresentano un elemento di inferiorità e di limitazione alla scelta di molte professioni.

Consideriamo brevemente i disturbi del linguaggio più frequenti negli alunni:

a) *dislalie* = difetti di pronuncia dovuti a false posizioni e a movimenti scomposti od errati della lingua e degli organi vocali, a cattiva conformazione dei denti e della mandibola, a deficienza intellettuale. Per ordine di frequenza le forme più comuni sono: sigmatismo = mancanza o imperfezione delle consonanti *s, z;* rotacismo = mancanza o imperfezione della consonante *r;* lamdacismo = mancanza o imperfezione della consonante *l;* gammacismo = mancanza o imperfezioni delle consonanti *g, c;* deltacismo = mancanza o imperfezioni delle consonanti *t, d;*

b) *blesità* = impossibilità di pronunciare un dato suono e sostituzione di esso con altro: p. es. *tapo* per *capo, tato* per *dato, damba* per *gamba,* ecc.;

c) *fonastenia* = debolezza di fonazione su tutti i toni senza alterazioni laringee;

d) *balbuzie* = impossibilità momentanea e penosa di pronunciare una consonante o una vocale o di unire le vocali alle consonanti.

Sul meccanismo della balbuzie si hanno diverse teorie:

1° incoordinazione dei movimenti dei muscoli respiratorî, fonatorî e articolatorî;

2° affezioni spasmodiche della glottide o degli organi della parola (lingua, labbra);

3° irradiazionè cerebrale troppo viva degli organi della parola, che così cadrebbero in uno stato di immobilità spasmodica;

4° difetto d'intelligenza organica che presiede ai movimenti necessari per la produzione della parola.

Cause della balbuzie. — Nella forma *acquisita* si trova nell'anamnesi un trauma fisico o psichico nell'infanzia. Nella forma *congenita*, eredità, consanguineità dei genitori, malattie nervose in famiglia (epilessia), alcoolismo.

In ogni caso i balbuzienti sono nevropatici.

Forme di balbuzie:

1° balbettamento inspirato: espirazione violenta, tentativi di fonazione nella inspirazione;

2° balbettamento espirato: fonazione alla fine della espirazione;

3° balbettamento espirato nasale: l'espirazione è fatta per il naso, quindi non è possibile la pronuncia delle esplosive;

4° balbettamento misto: le varie forme precedenti.

Cura della balbuzie:

1° meccanica: la protesi dentaria spesso è utile;

2° chirurgica: ha ormai valore storico il famoso taglio del frenulo. Spesso è utilissimo il ripristinare la **respirazione** nasale.

3° ginnastica respiratoria ortofonica, insegnata da appositi maestri può guarire le forme più gravi in 3 settimane (70 % di guarigioni).

Ben a ragione una legge negli Stati Uniti (1908) esclude dalle scuole pubbliche i blesi e i balbuzienti per i quali apre scuole a parte. Infatti tutte queste forme sono *contagiose* e quindi nelle scuole comuni i difettosi della parola oltre al non guarire sono pericolosi per i sani.

Ma frattanto il medico dovrà ricordare alle maestre degli asili infantili di insegnare ai bambini a respirar bene accoppiando alla ginnastica delle braccia quella respiratoria: così rimarrebbero solo quei difetti di pronuncia causati da anormale costituzione dell'apparecchio vocale. Nelle scuole superiori il maestro deve di preferenza conversare con l'alunno difettoso abituando gli altri al compatimento e alla simpatia per lui, e badando che durante la recitazione a memoria e la lettura faccia una inspirazione profonda prima di incominciare il periodo.

Come profilassi i maestri dovranno parlare sempre chiaramente e lentamente marcando bene le sillabe, correggendo subito i difetti di pronuncia, specialmente d'origine dialettale, appena si presentino, dovranno parlare molto specie con i bambini che non hanno gran voglia di discorrere.

MEDICINA CASTRENSE.

I servizi sanitari nella guerra navale.

Il generale medico nella R. Marina, professor Filippo Rho, con quell'alta competenza, che gli deriva dagli speciali studi, nonchè dalla lunga e feconda pratica di medico di marina, svolse, nei giorni 6 e 7 maggio, in due conferenze, tenute nell'aula dell'Istituto Universitario d'Igiene, l'importante argomento della preparazione sanitaria della Marina militare, illustrando il suo dire con numerose projezioni, tavole dimostrative e presentazione di materiale.

Riassumiamo per sommi capi quanto ebbe a dire l'illustre conferenziere.

Nelle guerre moderne l'opera della Marina militare è precorritrice, accompagnatrice e integratrice dell'opera degli eserciti; e tale si dimostrò nella campagna di Libia la funzione della nostra marineria anche nei riguardi dei servizi sanitari. Per essi, come per il resto, è indispensabile una buona preparazione, la quale deve consistere non soltanto nella scelta e nel rifornimento del materiale, ma altresì nel perfetto allenamento del personale medico ed infermiere, il quale non s'improvvisa, ma prima si prepara in appositi scuole e poi si perfeziona con la lunga pratica a bordo delle navi.

Grande è il progresso fatto ai tempi nostri dall'igiene navale; e, per giudicarne, basta confrontare lo stato igienico delle antiche navi, ove regnavano di solito le infezioni tifiche, lo scorbuto e la «rogna», con le condiozioni sanitarie delle nostre moderne navi, su cui la mortalità, in questi ultimi anni, è discesa al 2.43 per mille, e più precisamente all'1.67 per mille, se non si tien conto delle perdite per infortuni e disgraziati accidenti.

Come nell'Esercito, la mortalità fu addirittura annullata per la malaria, e, mercè la profilassi chininica, la morbosità malarica venne ridotta ad un minimo, che non arriva neanche al 10 per mille, e con forme cliniche quasi sempre lievi. La profilassi antivenerea, alacremente ora praticata a bordo e nelle caserme, la vaccinazione antitifica, per l'obbligatorietà della quale prese l'iniziativa la Marina (che non esitò di eseguirla, fin da tre anni addietro, a Tobruk, sui marinai colà sbarcati, indi a Venezia, alla scuola macchinisti ed a Livorno, all'accademia navale sugli allievi adolescenti), sono fattori igienici di non poco valore, per diminuire, od allontanare del tutto, tali morbosità dall'ambiente marinaro.

Mercè una perfetta organizzazione sanitaria, nulla oggi manca a bordo per prevenire e curare

le malattie, per mantenere la nave in costanti condizioni igieniche e di massima pulizia. E merito ne va al Corpo sanitario militare marittimo, costituito non più, come in epoche remote, di umili « pratici », ma ora formato di elementi scelti per concorso tra' medici laureati, e poi specializzati in tale servizio.

Come si svolge il servizio sanitario durante e dopo un'azione guerresca navale? Per intendersi bene, è d'uopo distinguere le diverse operazioni, che in guerra si esplicano dalla Marina e che possono essere o assolutamente navali, o costiere. Queste ultime sono o di sbarco, o di bombardamento; nel primo caso funzioneranno ambulanze come quelle dell'Esercito, e, per operazioni di maggiore importanza, s'istituirà addirittura un *parco sanitario* che farà parte della cosidetta *base navale passeggiera*.

Il parco ha sezioni avanzate di posti di medicazione ed una sezione centrale, composta di un ospedaletto di 50 letti, provveduto, oltrechè del solito materiale, anche di una stufa di disinfezione locomobile, di un filtro Delphin, di un potabilizzatore, di un carro-barella Rosati, di barelle con carrello Rho, di telai immobilizzatori, ecc.

I feriti, che provengono dalle ambulanze, ricoverano e sostano all'ospedaletto, finchè, appena è possibile, sono imbarcati sulle navi-ospedale. Per l'imbarco e sbarco dei pazienti si usa il telaio immobilizzatore Roselli, che si dimostrò utilissimo e di facile funzionamento durante la guerra libica, essendosi potuti imbarcare, o sbarcare, con due o tre apparecchi, in funzione simultanea, 7-800 infermi in due ore, o poco più.

I combattimenti navali, propriamente detti, possono verificarsi tra nave e nave, fra squadre e squadre: nell'un caso, come nell'altro, se vi è squilibrio di armamento e velocità tra gli avversari, il più forte e il più veloce resterà in poche ore, magari in un'ora, vittorioso, riportando pochi danni, o rimanendo immune; e sarà suo compito generoso salvare la vita dei naufraghi, emersi dai gorghi delle navi affondate. Qualora però il combattimento avvenga tra navi di egual tonnellaggio, armamento e velocità, la battaglia potrà prolungarsi; e se invece sono in campo navi di tipo antiquato, la lotta potrà subire due periodi, l'uno a distanza, l'altro ad azione ravvicinata, in cui prenderanno parte le artiglierie medie ed il siluro.

In queste condizioni, durante il combattimento, taluno ritiene che l'opera dei sanitari non si possa esplicare in modo veramente efficace, e perciò crede miglior consiglio di aspettare la fine della battaglia, per iniziare i soccorsi. Ora tale inerzia, se può essere giustificata per le navi, che, a causa della patente inferiorità, son destinate ad essere distrutte, non può certo essere accettata per le navi più potenti, che potranno pur subire offese durante la pugna. E l'esperienza delle guerre cino-giapponese e russo-giapponese c'insegna che l'azione, per quanto rapida, non è mai tale da paralizzare ogni iniziativa di soccorso medico.

D'altra parte la guerra russo-giapponese c'insegna pure che le previsioni teoriche dei maestri di tattica navale possono essere contraddette dalla pratica. Una stessa squadra, infatti, in due successive battaglie, può combattere in modo diverso. Nella battaglia del Mar Giallo il combattimento fra russi e giapponesi si svolse unicamente colle proprie artiglierie ed a grande distanza; ed in tal caso il numero dei proiettili, che arrivano a segno, è naturalmente minore. I giapponesi vi avevano impegnato 17 grosse navi, ma solo sei furono colpite, e da non più di 30-35 proiettili. In totale si ebbero soli 226 uomini fuori combattimento e 56 morti; ma la sola corazzata « Mikasa » ne perdette 125.

Nella battaglia di Tsushima, invece, la squadra giapponese, composta di 37 navi, fu colpita da 115 grosse granate e da altrettanti proiettili di minor calibro, e quasi tutte le navi ebbero morti e feriti. Furono 700 i messi fuori combattimento, con un centinaio di morti, compresi gli annegati di tre torpediniere andate a picco; 400 i feriti di qualche gravezza; e la proporzone tra morti e feriti fu di 1 a 3.43. La battaglia di Tsushima cominciò all'una pomeridiana, ebbe qualche pausa per la nebbia; sull'imbrunire era virtualmente vinta dai giapponesi; però il combatimento riprese e durò, con più lunghi intervalli, tutta la giornata seguente, in cui i ginapponesi si diedero ad inseguire, distruggere o catturare le navi avversarie superstiti, ma sbandate e fuggenti.

I medici ebbero dunque tempo a sufficienza, per prestare soccorso.

Anche nelle azioni tra' forti costieri e navi, il servizio sanitario può avere la sua esplicazione, poichè, se una nave viene danneggiata, può momentaneamente ritirarsi e provvedere, durante le pause, alle riparazioni, nonchè alla cura ed allo sgombro dei suoi feriti.

Come si vede, a seconda della diversità delle operazioni e dei combattimenti, la percentuale dei messi fuori combattimento può variare; possiamo però, tenendo conto degl'insegnamenti delle guerre precedenti, stabilire delle cifre approssimative. Il generale medico Stokes della Marina degli Stati Uniti d'America ritiene che in una battaglia navale fra due squadre, egualmente animose e non troppo impari di for-

ze, non meno del 25 % degli uomini sarebbero messi fuori combattimento anche sulle navi vittoriose. Alla battaglia di Jalu, nella guerra cino-giapponese, quantunque i giapponesi fossero rimasti vittoriosi, subirono non pertanto gravi danni, prodotti dai proiettili cinesi, che pur non provenivano da cannoni a tiro rapido. Così sull' « Hiyei » il 18 % dell'equipaggio fu messo fuori combattimento, sull' « Akagi » il 22 %, sulle altre navi poco meno del 10 %.

Da queste cifre si può dedurre il numero probabile di perdite, che si potrebbero avere sur una *dreadnought*, rimasta vittoriosa in un combattimento con una pari nave: su 1000 uomini di equipaggio i medici ne constaterebbero probabilmente 200 messi fuori combattimento, da soccorrere e medicare. E davanti a quali lesioni si troverebbero! Vaste ed irregolari ferite, complicate a fratture comminute, a sfacelo dei tessuti, ferite perforanti o trasfosse, estese scottature, commozioni gravi, rotture delle membrane timpaniche e lesioni labirintiche, asportazione d'interi arti, gravi emorragie, ecc.! Sono tali le lesioni, prodotte per opera dei proiettili dei moderni cannoni, o delle mine, o da fughe di vapore, o da scoppio di tubulature. Certo molteplici sono il più delle volte le lesioni, che può procurare una scheggia di granata su uno stesso individuo, mentre lo scoppio di una sola granata può talvolta seminare la morte o ferite su gran numero d'individui. Infatti, nella guerra russo-giapponese un proiettile da 305 ferì 22 uomini, senza ucciderne alcuno; un altro simile proiettile fece 26 vittime, con 11 morti e 15 feriti; una granata da 152 uccise 10 uomini e ne ferì 12. Qualche volta un proiettile scoppia in una casamatta, ove si trovano granate e cartucce, determinando una disastrosa conflagrazione locale di tutto quel materiale esplosivo; ed allora succede una vera strage, come avvenne sull'incrociatore corazzato « Iwate », nella battaglia di Ulsan; allora un sol colpo uccise 41 individui e ne ferì 34.

In generale si può calcolare che una nave vittoriosa possa avere il 5 % di morti e 20 % di feriti.

Per provvedere al soccorso è d'uopo stabilire in precedenza tanti posti di medicatura quanti sono i medici di bordo, scegliendo locali in corridoio, protetti, sufficientemente spaziosi, illuminati e muniti di rubinetti d'acqua, ove sia facile trasportare i feriti, medicarli su adatto tavolo, ed avviarli infine all'infermeria, o nei camerini, o nei quadrati ufficiali, dove resteranno in deposito provvisorio fino allo sbarco su navi-ospedale. Non è consigliabile concentrare in un sol posto tutti i soccorsi, perchè se desso venisse colpito, potrebbero venir distrutti medici, infermieri e materiali da medicatura; come difatti avvenne nella battaglia di Jalu, in cui, sulla nave giapponese « Hiyei », capitò una granata nemica a scoppiare proprio sull'unico posto di medicatura, che era stato allestito: vi perirono, o rimasero feriti infermieri, medici ed anche parecchi feriti, che si stavano medicando, fra cui alcuni ufficiali ed il comandante, rimanendo distrutto tutto il materiale sanitario, ivi esistente. Qualora si disponga di un sol tavolo da medicazione, od operatorio, i letti dell'infermeria, od altri arredi potranno essere utilizzati all'identico scopo negli altri posti di medicazone. Nella nostra Marina, oltre l'ordinaria dotazione sanitaria alle navi, sono assegnati, per la guerra, dei cassoni speciali, contenenti tutte le suppellettili chirurgiche, occorrenti per un posto centrale di soccorso, nonchè i pacchi di medicatura sterile, che sono di tre grandezze, un po' più grandi di quelli del R. Esercito, così confezionati, perchè per solito le ferite riportate sulle navi sono più vaste e peste. Ogni marinaio poi è provvisto di un pacco individuale per automedicazione; ed in più parti del bastimento sono distribuite borse di tela con altri pacchi di medicatura sterile. Durante la battaglia l'opera del medico si deve limitare ad una sommaria antisepsi ed a soccorso d'urgenza; finito il combattimento, si procede a medicatura definitiva con scrupolosa antisepsi e con gl'interventi indispensabili, i quali sono possibili, stante la dotazione di suppellettili chirurgiche, che risponde ad ogni esigenza. I feriti più gravi, dopo medicati, devono essere i primi a trasbordare sulle navi-ospedale, le quali hanno, oltre la missione di funzionare quali ospedali da campo e treni-ospedale, anche quella di soccorrere le navi pericolanti e raccogliere i naufraghi.

Le navi-ospedale sono grandi piroscafi mercantili, dotati di buona velocità, adattati allo scopo, in caso di mobilitazione.

Nella guerra italo-turca furono requisiti per tale uso il « Re d'Italia » e il « Regina d'Italia » del Lloyd Sabaudo ed in 48 ore furono trasformati in navi-ospedale, forniti della completa dotazione, già da tempo preparata a cura dell'Ispettorato di sanità militare marittima.

L'ordinamento sanitario di queste navi e le varie missioni disimpegnate riscossero l'ammirazione di tutti in Italia ed all'estero.

In ognuna di esse, che sono di tipo gemelle, furono adibite 750 cuccette per feriti ed infermi comuni, oltre un'infermeria d'isolamento, divisa in due locali, capaci di 10 letti ciascuno, ed una infermeria con 28 letti per ufficiali, di cui

i meno gravi vennero distribuiti anche nelle cabine disponibili: in complesso su ciascuna nave erano ricoverati 800 pazienti. Va senza dire che la sistemazione per la cura dei ricoverati fu fatta con materiale moderno, e nulla fu trascurato perchè la nave fosse tenuta in perfetta efficienza igienica. Oltre la sala d'operazione, la farmacia, i gabinetti di microscopia, batteriologia, chimica clinica e radiologia, vi erano impianti accessori di non minore importanza: sala mortuaria, provveduta di ventilazione naturale e artificiale, lavanderia a vapore, due stufe di disinfezione, distillatore, macchina da ghiaccio, camere frigorifere, forni e impastatrice meccanica, bagni, docce, ecc.

Il personale sanitario, medici ed infermieri, erano tutti militari, appartenenti alla R. Marina, pratici del servizio di bordo. È indispensabile che tali sieno, imperocchè siffatto personale non s'improvvisa, ma deve possedere, per perizia e lunga pratica, quello speciale addestramento necessario per svolgere il servizio di assistenza e cura, d'imbarco e sbarco dei feriti, anche con mare tempestoso.

Non è possibile precisare norme determinanti i limiti dell'opera tecnica dei medici, perocchè essa dev'essere esplicata secondo le condizioni dei pazienti all'arrivo a bordo, potendo talvolta essere anche di parecchi giorni il periodo d'intervallo tra la prima medicatura, fatta dopo la battaglia, e il trasbordo sulla nave-ospedale. Inoltre si dovrà tenere pur conto dei giorni che passeranno prima che possa essere effettuato lo sbarco del ferito all'ospedale di terra.

La massima pulizia e la buona igiene personale e di ambiente sulle navi moderne rende quasi impossibili talune complicanze, quali il tetano, la dissenteria, la gangrena gassosa; ed è perciò che oggi la mortalità dei feriti è esigua, mentre la chirurgia conservatrice, sebbene talvolta dopo lunghissime cure, finisce sempre per trionfare.

Sulle navi-ospedale i medici nessun mezzo di cura devono tralasciare, per assicurare un decorso regolare alle lesioni, riservando agli ospedali territoriali gli ulteriori interventi complementari, le plastiche, gl'innesti alla Thiersch, gli apparecchi di protesi, ecc.

Il generale Rho chiuse le sue lucide conferenze, rilevando che oggi viviamo epici giorni, i quali al paragone fanno impallidire i ricordi delle guerre del passato, perfino quelle dell'epoca napoleonica. In quest'ora solenne tutte le classi sociali, tutti i mestieri, tutte le professioni concorrono alla nobile gara di rendere utili servigi alla Patria.

Il ceto medico è sempre il primo a rispondere all'appello; e colla sua arte divina, salutare, mitiga e fa sopportare stoicamente, virilmente quella somma immane di dolori fisici e morali, che la tempesta devastatrice della guerra accumula sui poveri figli di Adamo. L'opera dei medici militari e civili, concorde e coordinata, ha un'importanza non solo individuale, ma politica e sociale a vantaggo dell'intera collettività. Tale cooperazione è fin d'ora assicurata; e, se verrà lanciato l'ordine che ognuno raggiunga il suo posto di lavoro e di combattimento, l'Italia potrà dire che anche i medici hanno compiuto il loro dovere.

L'illustre conferenziere riscosse vivi applausi dal numeroso uditorio, formato di professori e medici esercenti, i quali s'interessarono molto al funzionamento dei varî apparecchi sanitari della Marina, specialmente del carro-barella Rosati e dell'ingegnosa barella con carrello Rho, la quale fu ammirata per il facile montamento, smontamento e trasporto, nonchè per la forte resistenza in rapporto al peso leggiero.

Roma, maggio 1915.

A. BUONANNI.

Chirurgia di guerra.

Appunti presi alle lezioni del senatore professor G. F. NOVARO, *Direttore della Clinica chirurgica di Genova.*

LEZIONE SECONDA.

Ferite delle parti molli. — Gli agenti feritori in genere sul campo di battaglia possono raggrupparsi in due grandi categorie: le armi bianche cioè e le armi da fuoco. Riserbandomi di trattare poi più diffusamente di queste, vi ricorderò subito come fra quelle siano la sciabola, la lancia, la baionetta, i pugnali, le frecce che oggidì ricompaiono per mano degli aviatori, ecc.

I feriti d'arma bianca che cadono sotto la nostra osservazione in guerra, si riducono relativamente a ben poca cosa. Wietting infatti sopra 7639 feriti da lui curati a Costantinopoli, durante la guerra balcanica, ve ne riscontrò solo il 2 % e Laurent presso i bulgari solo l'1 %.

Ciò appare naturale se si considera che ferite di questa natura, data la violenza bestiale delle mischie corpo a corpo, nelle quali più che altro s'usa l'arma bianca, devono necessariamente riuscire il più delle volte mortali.

L'alta mortalità che si ha in seguito a ferite da arma bianca è legata, come ben comprendete, al fatto che esse ben di sovente interessano organi vitali, o grossi vasi. Così la scia-

bola usata, com'è noto, a fendente, dà appunto lesioni letali quando colpisca al collo e ne recida i vasi; la lancia e la baionetta, che se colpiscono gli arti non infliggono ferite di per sè stesse mortali, conducono invece a quasi sicura morte ogni qualvolta ledano profondamente il torace o l'addome; le stesse frecce degli aviatori, cacciate da questi a perpendicolo, possono perforare il copricapo e la scatola cranica e penetrare così nella sostanza cerebrale e si son dati dei casi nei quali han perforato la scarpa ed il piede inchiodandolo al suolo.

Ben più numerosi saranno invece coloro che avranno bisogno dell'opera nostra perchè feriti d'arma da fuoco e cioè da palle di fucili, o revolver, da obici, shrapnel, frammenti di shrapnel, palle a mitraglia, granate a mano, ecc. ecc.!

I proiettili dei fucili moderni non sono più di forma rotonda e di consistenza relativamente molle come quelli degli antichi, ma sono invece, come avete avuto occasione di vedere voi stessi, di forma allungata cilindro-ogivale o puntuti e composti di una massa centrale di piombo duro, rivestita di una camicia o corazza più resistente per la quale furono fra i metalli preferiti il rame, l'ottone, l'acciaio od una lega di nichelio e rame (maillechort) (1).

Ciò non pertanto essi si possono (sebbene assai meno degli antichi, donde il loro preteso carattere umanitario!) deformare, sia per lo scoppio della camicia, sia per le contorsioni del proiettile stesso, fatti che possono avverarsi o per l'urto di questo contro resistenze esterne o contro la parte scheletrica del nostro organismo.

La possibilità o meno di una deformazione da parte del proiettile è una contingenza che, come vedremo, influisce moltissimo sulla gravità delle ferite, come pure ha molta importanza su ciò il fatto che essendo nei proiettili allungati (massime in quei tedeschi!) il centro di gravità situato piuttosto allo indietro del centro di figura, non appena la loro velocità iniziale si attenua, essi tosto si inclinano e vanno ad abbattersi sul bersaglio battendo di lato, anzichè di punta.

Le lesioni che una palla di fucile può indurre sui nostri tessuti molli possono essere varie e di varia importanza e come ben si comprende questa è strettamente legata sia allo stato di deformazione o meno, sia al modo, sia alla violenza con la quale essa viene a colpirli.

Se la palla li raggiunge allorquando ogni sua forza di penetrazione è quasi estinta, è cioè morta, come si suol dire, noi avremo delle

(1) I francesi però sono d'un sol pezzo di ottone privo di camicia.

semplici contusioni che saranno di 1°, 2°, 3° e raramente anche di 4° grado (nel quale la cute rimane addirittura mortificata nel punto colpito) a seconda della forza residua del proiettile.

Se questo invece, pur avendo ancora una notevole forza di penetrazione, viene a colpirci tangenzialmente, allora avremo delle lesioni che ora possono interessare solo gli strati superficiali della cute (*abrasioni*), ora gli strati profondi di questa, ora il sottocutaneo in tutto il suo spessore, ora l'aponeurosi e mettere così allo scoperto fin il tessuto muscolare (*erosioni*).

Quando finalmente il proiettile colpisce in pieno, può, a seconda della velocità dalla quale è animato in quel momento ed a seconda della sua capacità o meno di penetrazione (la quale è anche legata ad eventuali sue deformazioni o deviazioni) dar luogo a *ferite a fondo cieco*, con permanenza nelle carni dell'intiero proiettile o dei suoi frammenti, od *a ferite perforanti* (o *a setone*), nelle quali esso non permane nei tessuti.

Le *ferite a fondo cieco* hanno un orificio d'entrata più o meno regolare, circolare, ogivale, ecc., a seconda del modo come la palla colpisce ed i margini ne sono netti, contusi, o sfrangiati secondo le deformazioni da questa subìte. I tessuti interessati dal passaggio del proiettile (sottocutaneo, aponeurosi, ecc.) si presentano contusi e lacerati ed i muscoli entro cui nel maggior numero di queste ferite esso va a morire possono esser ridotti addirittura a poltiglia.

Nelle ferite a fondo cieco è facile il penetrare nei tessuti di pezzi d'abito od ingredienti affini, donde la probabilità di una infezione secondaria e la necessità da parte nostra di vigilare su questa circostanza e di segnalarla a chi dopo di noi dovrà assumere la cura del ferito.

Nelle *ferite perforanti* od a setone dobbiamo considerare l'orificio di entrata e quello di uscita: se la palla è, al momento che colpisce, ancora animata da grande velocità, lascia nella pelle degli orifici addirittura puntiformi e talora neppur nettamente accertabili perchè essa ed i tessuti sottostanti in virtù della loro elasticità si lasciano divaricare per poi tornare tosto su sè stessi.

Nella guerra del Transvaal si constatò che delle palle erano perfino passate fra le fibre dei nervi radiale e cubitale lasciandoli intatti. In questi casi i due fori, d'entrata e di uscita, ben difficilmente possono differenziarsi. Generalmente il primo è circolare se la palla colpisce perpendicolarmente, ovalare od elittico se essa percuote obliquamente ed i contorni, offu-

scati da leggera suffusione sanguigna, ne sono lievemente contusi e, appena avvenuta la ferita, rovesciati allo interno. Il secondo invece non presenta fatti contusivi, è un po' più ampio, irregolarmente circolare, ed a margini eversi.

Quando il proiettile invece colpisce ad una minore velocità, e cioè a maggior distanza, in corrispondenza al foro di uscita esistono delle smagliature raggiate della pelle, sotto la quale può formarsi uno stravaso sanguigno (saccoccia di Pirogoff).

Il tragitto che interessi solo tessuti molli è rappresentato da una linea retta che congiunge i due fori, d'entrata e d'uscita; e noi dobbiamo tener presente questo fatto perchè da esso, oltre che dal resto, possiamo trarre induzioni circa la lesione o meno di vasi o nervi importanti, tanto più che esso tragitto viene poi ad essere interrotto per il perdersi del parallelismo fra i varî tessuti. A ciò alcuni chirurghi annettono una certa importanza inquantochè se il proiettile trascina con sè qualche sfilaccia di vestito od altro, se ne pulirebbe contro l'aponeurosi, non trasportandola così nell'ulteriore percorso del tragitto, ragione per cui molte di queste ferite guarirebbero per prima intenzione col curare semplicemente la lesione cutanea.

Tra le ferite da fucile dobbiamo ancora ricordare quelle che son facili ad osservarsi nei combattimenti di collina, quando cioè il proiettile colpisce dal basso all'alto o viceversa, o quando l'individuo trovasi in posizione orizzontale, e cioè le *ferite d'infilata*.

Di queste alcune hanno il solo foro d'entrata, altre anche quello d'uscita e si son osservati casi di palle entrate a livello della spalla e fuoruscite dalla coscia o dalla gamba.

Si è molto discusso se il proiettile potesse o meno di per sè stesso trasportare l'infezione nelle ferite da esso prodotte e tale possibilità ormai è comunemente ammessa, giacchè contro un eventuale e d'altronde spiegabilissimo stato settico di esso si è sperimentalmente dimostrato non aver grande azione nè il riscaldamento che subisce, nè l'attrito che incontra nel suo percorso entro l'arma. Sappiamo d'altra parte che l'infezione delle ferite da palla di fucile, la quale colpisca direttamente il bersaglio, si ha in meno del 16%.

Un coefficente molto più alto invece alla infezione delle ferite è dato dalla presenza nel loro tragitto di corpi estranei ed in special modo di frammenti di vestiario. È infatti sperimentalmente dimostrato che un proiettile sterile diretto contro un mezzo di cultura rivestito di stoffa infetta, lo inquina dei germi in questa precedentemente accertati; e la clinica ci insegna che, se da un lato la semplice presenza d'un corpo estraneo e dei comuni agenti infettivi non basta a determinare l'evoluzione settica d'una lesione, dall'altro lato le ferite d'arma da fuoco, complicate da presenza di corpi estranei (siano essi forniti dai varî elementi che si sogliono comprendere nella categoria dei proiettili indiretti, o da frammenti d'abito) presentano un decorso quasi sempre settico, e specialmente in quei casi in cui i tessuti siano stati notevolmente maltrattati.

L'azione dei proiettili d'artiglieria è basata sulla frammentazione del loro involucro, sulla propulsione delle scheggie, in cui questo si risolve, ed eventualmente del loro contenuto.

Da ogni proietto esplodente, all'atto dello scoppio, si origina un fascio di traiettorie che corrispondono, per numero, ai pezzi nei quali esso si scinde. Le pallottole di piombo contenute nello shrapnel, e le schegge, nelle quali si risolve l'involucro sia dello shrapnel quanto della granata, sono animate dalla velocità posseduta e trasmessa loro dal proiettile prima del suo frantumamento, oltre che da quella proveniente dall'espansione dei gas della carica interna.

Le lesioni da essi determinate rivestono in prevalenza il carattere di ferite lacero-contuse o di tragitti a fondo cieco, con grande contusione delle pareti, e ricordano molto da vicino le ferite prodotte dalle cariche dei vecchi fucili di grosso calibro.

Talora pezzi di granata o di shrapnel possono asportare, strappandola, una larga zona di tessuto, producendo così una vasta soluzione di continuo che nella migliore delle ipotesi guarirà necessariamente di 2ª, e che noi dovremo sempre attentamente vigilare.

Laurent estrasse la culatta di un obice dal petto di un ferito che poi andò a guarigione. I frammenti più fini, visibili solo colla radiografia, penetrano ovunque: essendo impossibile procedere sempre alla loro estrazione, dovremo affidarci alla natura, tanto più che generalmente la loro presenza, sia che non si abbia penetrazione con essi di microbi patogeni, sia che le forze dell'organismo valgano a vincere le eventuali tossine batteriche, non implica alcun serio nocumento per l'individuo.

Dott. G. L. PETRILLI, *assistente v.*

Chirurgia delle ferite dei nervi in guerra.

(ZELLER. *Jahresk für ärztliche Fortb.*, dic. 1914).

I proiettili dei fucili moderni posseggono una tale velocità ed una tale forza di penetrazione nel corpo umano, che i tronchi nervosi di solito

si spostano lateralmente al loro passaggio non opponendo così nessuna resistenza. Per questa ragione raramente si osserva recisione dei tronchi nervosi nelle ferite da colpo di fucile, purchè non sia colpito un nervo fisso o poco spostabile. Più spesso il tronco nervoso subisce una contusione prodotta dal proiettile stesso o dalle scheggie di un osso fratturato, o compressione a causa del versamento sanguigno o per il callo cicatriziale.

Tra i nervi feriti in guerra, il nervo più frequentemente leso è il nervo radiale, poichè per il suo decorso a spirale attorno all'omero può essere facilmente leso nelle fratture di questo osso; così dicasi per la parte antibrachiale del nervo cubitale e per il peroneo là dove gira intorno alla testa del perone.

Inoltre le *paralisi di plesso* sono lesioni quasi esclusivamente belliche, specialmente le paralisi del plesso brachiale, il quale spesso è leso nelle ferite della spalla, del collo, del torace.

Non ci sono segni differenziali sicuri fra la recisione del nervo e la sua contusione ed altre lesioni gravi da compressione.

La reazione degenerativa può essere comune a tutte e due.

La reazione degenerativa completa significa che esiste lesione di tutto un segmento trasversale del nervo, e che quindi è interrotta la conduzione nervosa. Così si possono distinguere i casi di contusione lieve con parziali interruzioni della conduzione, i quali sono guaribili, da quelli di contusione grave.

Ma anche con la reazione degenerativa completa si può avere una guarigione lenta dopo parecchi mesi.

Data la lesione di un tronco nervoso, in quali casi ed in quali periodi è indicato l'intervento chirurgico?

L'intervento immediato è indicato solo nei casi di ferite asettiche di data recentissima da punta o da taglio; nelle fratture ossee da arma da fuoco è indicato solo se la frattura è asettica con scheggiamento limitato, perchè essa oppone forti difficoltà alla riduzione ed al consolidamento in posizione buona. Infatti in questi casi per effetto del grave spostamento dei frammenti la paralisi può durare a lungo, e però è prudente scoprire subito il focolaio di frattura, praticare la riduzione e la sutura dei frammenti, e nello stesso tempo trattare il tronco nervoso.

Ma i casi di questo genere sono piuttosto rari. Se lo scheggiamento è forte, prima di occuparsi del tronco nervoso, bisogna aspettare la guarigione della frattura, per evitare che il tronco nervoso sia compromesso dalla formazione del callo e quindi renda necessario un secondo intervento.

E così pure per le ferite infette senza frattura ossea, poichè in questi casi l'intervento immediato potrebbe essere inutile od insufficiente, se in secondo tempo il tessuto cicatriziale ingloba e comprime il tronco nervoso.

Inoltre poichè i sintomi di paralisi per lo più regrediscono lentamente, l'intervento chirurgico non dovrà praticarsi prima che si sia potuta avere la rigenerazione delle fibre nervose motorie, cioè la ricostituzione dei tratti di cilindrasse lesi.

In questo modo si evita di praticare degli interventi inutili. Il tempo relativo varia da uno a tre mesi. L'epoca più opportuna per l'intervento è circa 60 giorni dopo la ferita nei casi in cui non si sia notato alcun miglioramento spontaneo della paralisi; nei casi in cui il miglioramento notato sull'inizio si sia poi arrestato, si interverrà ancora più tardi.

In alcuni casi tuttavia si possono avere dolori molto forti prodotti da schegge ossee o da callosità voluminose lungo il decorso del nervo, o da corpi estranei penetrati nello spessore del tronco nervoso. In questi casi l'intervento dovrà anticiparsi, senza riguardi speciali al decorso dei sintomi di paralisi.

L'Oppenheim ha osservato che la prognosi operatoria dei casi in cui si interviene parecchie settimane dopo la ferita non è meno buona di quando si interviene poco tempo dopo.

Si pratica l'intervento sotto narcosi o con l'anestesia locale.

Anzi tutto si sbriglia il tronco nervoso da ogni aderenza e callosità. Se il nervo è compresso, si escideranno le masse cicatriziali o callose oppure le schegge ossee. Quindi con lembi muscolari od aponeurotici si prepara un letto ben teso, e su di esso si dispone il tronco nervoso sbrigliato. Sopra tutto è necessario asportare tutti i tessuti anormali che esercitano la compressione del nervo.

Sarà necessario ottenere la guarigione della ferita operatoria per prima intenzione, per evitare che si stabiliscano nuovi tessuti cicatriziali e quindi la recidiva.

Se il tronco nervoso è completamente reciso, si recentano le estremità dei monconi e si pratica la sutura della guaina, evitando per quanto è possibile ogni torsione.

Delle volte il nervo non è reciso, ma si presenta ispessito. In questi casi si incide per lungo il tratto ispessito, e se non vi si ricontra la presenza di un fascio di fibre normali che si riconoscono al loro decorso parallelo, si praticherà la resezione del nervo e poscia la sutura, fissando l'arto nella medicazione in posizione di flessione. Questi ispessimenti neoplastici sono costituiti da elementi neuromatosi e da callosità

fibrose, che impediscono ai cilindrassi del moncone centrale di raggiungere nel rigenerarsi il moncone periferico.

La prognosi operatoria di solito è buona nelle lesioni dei tronchi periferici. Più favorevole è nei casi in cui l'interruzione della conduzione è prodotta soltanto dall'imbrigliamento cicatriziale o dalla compressione per parte del callo osseo. Meno favorevole è la prognosi nelle lesioni dei plessi: in queste però è bene aspettare più a lungo prima di intervenire, perchè spesso in esse il miglioramento spontaneo si verifica più tardivamente.

I casi di paralisi da ferite osservati dall'A. nella guerra attuale sono i seguenti: 5 casi di paralisi del nervo radiale (dei quali due operati), due del nervo ulnare (uno operato), tre del peroneo (due operati), uno del tratto intrapetroso del nervo facciale. In due casi di lesione del nervo sciatico si ebbero nevralgie forti ma senza paralisi.

Sono stati osservati anche cinque casi di lesione del plesso brachiale. In due di essi si ebbe un miglioramento notevole, e finora non si è praticata l'operazione; un terzo caso è assai recente, molto grave; negli altri due ancora non si apprezza nessun miglioramento spontaneo, e perciò fra breve si interverrà.

Il Kirschner ha notato che in certi rari casi di paralisi consecutiva a colpo d'arma da fuoco, non si riscontra nessuna alterazione macroscopica mettendo allo scoperto il tronco nervoso, come se la paralisi sia dovuta ad una specie di *commozione* del nervo, analogo alla *commotio cerebri*.

P. S.

Interventi operativi e medicazioni sui treni-ospedali.

Il dott. Peter v. Walzel, direttore di un treno ospedale dell'Associazione dei Cavalieri di Malta in Austria (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 11 marzo 1915) racconta che nei treni ospedali austriaci al principio della guerra non esisteva un vagone adibito a sala operatoria, ma soltanto un piccolo strumentario chirurgico, per i casi impreveduti in cui si dovesse intervenire d'urgenza.

I regolamenti infatti vietavano di accogliere sui treni ospedali feriti che potessero aver bisogno di venire operati: non si doveva ricevere su di essi che feriti medicati trasportabili a distanza od ammalati.

L'A. invece si è trovato costretto, nell'attuale guerra, ad accogliere, sul treno da lui diretto, ogni sorta di feriti, perchè il treno stesso, oltre i feriti che regolarmente giungevano dagli ospedali da campo ed erano stati già medicati, ha dovuto ricevere spesso dei feriti provenienti direttamente dai posti di medicazione reggimentali con fasciature ed apparecchi provvisorii, ed a volte ha dovuto funzionare, data la vicinanza del fronte di combattimento, addirittura da posto di prima medicazione.

Feriti pei quali era assolutamente necessario un pronto intervento son venuti così a trovarsi sul treno accanto a feriti non trasportabili ed a feriti leggeri pei quali non era necessario affatto l'allontanamento dal teatro dell'azione!

Prendendo consiglio dalle circostanze, l'A. ha dovuto improvvisare in un vagone una camera operatoria, ed ha preso il sistema, seguito nei 24 viaggi finora compiuti, di ricercare, subito che il treno fosse completo, i feriti da operare.

Potè così intervenire immediatamente nei numerosi casi di flemmone (80) e di cancrena enfisematica, alleviando le sofferenze di molti feriti pei quali il trasporto riusciva estremamente doloroso e pericoloso.

Nei casi di cancrena, che si è manifestata con frequenza impressionante, e che per solito si inizia dopo 24 ore che è avvenuto il trauma, è appunto sul treno-ospedale che spesso occorre di intervenire e l'A., pur mantenendosi conservativo il più possibile, ha dovuto eseguire 21 amputazioni e 2 disarticolazioni.

Anche feriti al cranio, alla colonna vertebrale, al torace ed all'addome, cui il trasporto riesce tanto dannoso, l'A. ha dovuto in certi casi lasciar caricare sul suo treno!

In ogni modo egli ha evitato di intervenire per quanto era possibile.

Pei feriti al cranio, che dopo operati abbisognano di un completo riposo, si è limitato ad operare solo i casi di lesioni infette con sintomi di meningo-encefalite: di dodici di tali operati uno è deceduto sul treno stesso, altri quattro negli ospedali di evacuazione.

Pei feriti alla faccia, gli interventi si sono limitati alla *toilette* delle lesioni molto imbrattate di terriccio, con bordi anfrattuosi e necrotici, scheggie ossee, ecc.

In un solo caso tra le lesioni del collo si è dovuta praticare, sul treno, la tracheotomia.

Tra i numerosi feriti al torace non vi è mai stata alcuna indicazione operativa, eccetto che in un ferito che presentava grave piotorace, dispnea, febbre alta.

I feriti all'addome hanno dato il maggior contingente (90 %) dei morti durante il viaggio. Per tali feriti naturalmente ogni intervento operativo è escluso durante il trasporto; tutt'al più, facendo fermare il treno in qualche stazione, si

potrà tentare qualche atto urgente: l'A. ha così ottenuto buoni risultati in due casi di ascessi addominali fecaloidi.

Il dott. Walzel è pure intervenuto con l'allacciatura in cinque casi di lesioni di grosse arterie, due dei quali però ebbero esito infausto.

Numerose operazioni di minore importanza (incisioni di ascessi superficiali, amputazioni di dita necrotiche, *toilettes* di ferite diverse) sono poi state eseguite, ma esse non meritano una menzione speciale.

In complesso l'A. ha trovato che l'operare mentre il treno è in movimento presenta minori difficoltà di quanto *a priori* si crederebbe; naturalmente per le operazioni di maggiore importanza è meglio approfittare delle fermate del treno nelle stazioni.

Cap. M. G. MENDES.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 marzo 1915.

Presidenza del prof. G. GAGLIO, Vice-presidente.

Dott. F. GIUGNI. *Esperimenti di trasmissione delle Leishmaniosi per mezzo delle pulci dei cani.* — Essendo oggetto di discussione nel campo della Leishmaniosi interna l'identità fra la malattia del cane e quella dell'uomo (Kalà-azar) e il modo come si trasmette l'affezione, l'A. dall'osservazione dell'andamento clinico di un cane leishmaniotico tenuto in osservazione a Roma per alcuni mesi, e dai reperti necroscopici, conclude che la malattia nel cane non riproduce in parte quella umana, avendosi anzi delle modalità nell'andamento clinico e nei dati necroscopici che sono diversi dai comuni reperti nel Kala-azar.

Accanto a questo cane in cui il reperto microscopico della puntura epatica e quello microscopico e culturale del midollo aveva dato un reperto sicuro della infezione, ha posto a vivere nello stesso canile due giovani cani di circa due mesi che dall'esame del midollo non si rivelarono affetti da Leishmaniosi. Stettero a contatto per oltre due mesi e furono coperti di pulci che il cane malato possedeva a centinaia.

Da notarsi che nel sangue periferico del cane malato esistevano parassiti di Leishman ben controllabili all'esame microscopico.

Sacrificati i due piccoli cani dopo tre mesi non mostrarono all'esame microscopico e culturale degli organi alcun segno della infezione.

Gli esperimenti furono fatti nella stagione di primavera-estate. Alla necroscopia del cane malato l'A. ha trovato appendicolate all'esofago due cisti calcaree contenenti vermi, parassiti del cane, che vanno sotto il nome di spiroctera sanguinolenta. Avendo constatato la presenza di corpi di Leishman nel corpo di questi vermi, pur trovando la cosa facilmente spiegabile dal fatto che essi avevano succhiato sangue dell'animale che conteneva parassiti, crede opportuno segnalare il fatto per la ricerca di una eventuale concomitanza di elmintiasi tanto nella Leishmaniosi del cane come in quella umana e sul valore che in tal caso può avere questo reperto per la trasmissione della malattia.

Il socio prof. GABBI, prendendo la parola sull'argomento, ribadisce il concetto da lui sostenuto da qualche anno che la Leishmania canina non è trasmissibile a mezzo della pulce, perchè non vive nel corpo di questo animale.

U. CERLETTI. *Antiluetici neurotrofici.* — Dopo aver ricordato la patogenesi della paralisi progressiva riferisce il risultato di alcune esperienze destinate a studiare se esistano sostanze che facciano fissare in discreta quantità il mercurio nel cervello, mentre è notorio che i composti mercuriali, fino ad ora usati in terapia, sono poco adatti a questo scopo. Ha rivolto l'attenzione a combinazioni di mercurio con radicali alcoolici (*mercurio metile, mercurio etile*) i quali per le loro proprietà neurotrope potrebbero facilitare la fissazione del mercurio nella sostanza nervosa. Ricerche chimiche hanno dimostrato che molto mercurio si riscontra nel cervello dopo l'uso di mercurioalchili. Sugli animali da esperimento questi mercurioalchili si sono dimostrati molto tossici e con proprietà narcotiche, spera tuttavia, dopo avere stabilito la dose non nociva di poter intraprendere ricerche terapeutiche sull'uomo.

Il prof. TAMBURINI, prendendo la parola sull'argomento, dice che dalla esposizione fatta dal dott. Cerletti risulta evidente l'importanza delle sue ricerche, le quali aprono un orizzonte di nuove speranze per la cura di quella malattia ancora inguaribile, che è la paralisi progressiva, della quale sino ad ora, anche appena riconosciuta nel periodo iniziale, si era costretti ad un pronostico infausto. E ciò perchè, sino a poco tempo fa, non se ne conosceva la vera patogenesi, e non si possedeva alcun mezzo terapeutico veramente efficace, o se qualche mezzo recente di cura aveva portato, in qualche caso,

qualche vantaggio, si trattava sempre di miglioramenti temporanei, di soste, a cui seguivano, più o meno presto, fatali ricadute. Ora che le recenti scoperte hanno dimostrato che la paralisi progressiva è una malattia sifilitica in atto, localizzata nel cervello, dove si è potuto dimostrare la presenza del germe della sifilide nel tessuto nervoso, e che le ricerche ora comunicate hanno dimostrato che si possiede una sostanza, il mercurio-metile, che, introdotto nell'organismo, si fissa nel tessuto nervoso cerebrale, si è autorizzati ad esprimere la fiducia che con questo, od analoghi preparati, regolandone le dosi, e vagliando esattamente le condizioni del malato, le fasi della malattia, ecc., si possa giungere ad una cura efficace della paralisi progressiva.

Il socio prof. MARCHIAFAVA nota che le sostanze con proprietà neurotrope di cui ha parlato l'O. Cerletti, dovrebbero avere un'azione necrotizzante, essendo capaci di produrre stati demenziali negli animali da esperimento, perciò domanda fino a qual punto possano ritenersi curative.

Il socio prof. ARCANGELI si associa alle osservazioni del prof. Marchiafava, inoltre per la sua pratica personale può affermare di avere ottenuto qualche risultato soddisfacente nella cura della paralisi progressiva coll'uso del neosalvarsan.

Il socio prof. ROSSONI chiede come possano spiegarsi i peggioramenti che si osservano nella paralisi progressiva incipiente dopo l'uso di preparati mercuriali.

Il socio prof. GAGLIO osserva che analogamente a quanto accade per il mercurio anche per lo iodio esistono preparati che non si fissano nel cervello, ad es., l'ioduro di potassio, mentre altri, come l'iotione si fissano. Queste ultime sostanze riescono facilmente tossiche; è perciò che per l'iotione si raccomanda che venga usato per frizione sulla cute e non per via dello stomaco o per via ipodermica. Somministrato per frizione, l'iotione, a mano a mano che si assorbe, è decomposto con formazione di ioduro alcalino. Per via dello stomaco o ipodermica dà narcosi e gravi manifestazioni di avvelenamento.

Risponde a tutti il prof. Cerletti.

Prof. R. CAMPANA. *Una proprietà, osservata in alcuni lipoidi ed albuminoidi nel ritardare fenomeni necrobiotici.* — L'O. parla su di una proprietà osservata in alcuni lipoidi ed albuminoidi nel ritardare fenomeni necrobiotici.

A. BALDONI.

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta dell'8 marzo 1915.

Prof. POLI C. *Blefarospasmo e ronzii di orecchi.* — L'O. presenta una ammalata che da quattro anni accusa un blefarospasmo, che dapprima limitato a sinistra, è da qualche tempo esteso anche a destra e si accompagna a ronzii d'orecchi a volte continuo, a volte a tipo intermittente e che si presenta sempre come fatto concomitante; a volte è accompagnato da senso di vertigine. È la concomitanza dei detti due fatti che dà interesse al caso presentato, nel quale si deve ammettere un'irritazione che interessa tanto il nervo facciale quanto il nervo stapedio. Il caso assume anche importanza per le relazioni embriogeniche degli apparati nervosi affetti.

Prof. BOSSI L. M. *Un grave problema di eugenetica e di medicina legale per rapporto alle donne violentate e rese incinte per opera dei nemici in guerra.* — Secondo l'A., una gestazione che è la conseguenza di un atto violento compiuto da un nemico, costituisce per sè stessa una grave immoralità; lo stato psichico e circolatorio delle donne così violentate è secondo l'A. al massimo patologico e dovrebbero presentarsi in esse secondo l'A. gravi perturbamenti psichici. L'A. ritiene che quelle misere madri non possano mettere alla luce che figli miseri fisicamente e con le stigmate della generazione morale e cioè o dei deficienti nello sviluppo destinati a vivere a carico della pubblica beneficenza o dei futuri pazzi o delinquenti. L'A. afferma che come vi sono casi di tubercolosi, di malattie renali di cardiopatie, con grave scompenso, di malattie infettive in cui è ammessa la interruzione della gestazione, così, per i presupposti sopra indicati le gravidanze conseguite alle violenze dei nemici, secondo l'A., dovrebbero egualmente che per le dette indicazioni mediche, essere interrotte. Tanto più che, secondo l'A., la natura stessa tende ad eliminare simili prodotti di concezione, come sarebbe dimostrato dalla frequenza degli aborti spontanei: il medico in questi casi non farebbe che attenersi alle leggi naturali col vantaggio di intervenire con tutte le cautele scientifiche ed evitando quindi le disastrose conseguenze delle clandestine manovre abortive. L'O. conclude affermando la necessità di risolvere il problema adottando questi mezzi che egli ritiene siano conformi alla scienza, alla morale e alla legge.

Dopo una vivace discussione viene approvato un ordine del giorno che invita le accademie consorelle a pronunziarsi in merito.

Prof. MACAGGI L. *Una tecnica particolare per la cura radicale operativa di talune ernie inguinali.* — La nuova tecnica proposta dall'A. consiste essenzialmente in alcune modificazioni a quella che si segue col metodo Bassini: ed ha come concetto fondamentale la trasportazione del cordone spermatico e la conseguente possibilità di sopprimere il canale inguinale.

Le indicazioni sarebbero: ernie inguinali recidive; ernie inguinali dirette (ritenuto che questa varietà di ernie sia più di altre facile a recidiva); ernie inguinali oblique esterne (aevnti quella somma di caratteri per cui si possono giudicare più facili del consueto alla recidiva).

L'A. descrive i vari tempi dell'operazione in base alla quale il funicolo spermatico per quel tratto che decorre dall'anello inguinale addominale all'arcata di Poupart, resta affondato nel tessuto grassoso preperitoneale e dietro il triplice strato; poi attraversa l'anello crurale per emergere dalla parte anteriore dell'imbuto crurale ed immettersi nello scroto. Il canale inguinale resta soppresso. L'A. ebbe occasione di applicare questa tecnica operativa in vari casi di ernia obliqua esterna e di ernia diretta e in tutti i casi i risultati immediati dell'operazione furono soddisfacenti. Presenta due ammalati operati con ottimo risultato.

SEGALE.

Accademia Medica di Perugia.

Adunanza del 16 marzo 1915.

Dott. G. PUSINICH. *Sulla presenza di cellule deciduali nelle ghiandole linfatiche del bacino durante la gravidanza.* — L'O. presenta alcuni preparati di due ghiandole linfatiche del bacino di una donna morta al IV mese e mezzo di gravidanza in seguito a copiosa emorragia cerebrale. Nel centro del follicolo si notano gruppi di 4 o 5 cellule poliedriche ed allungate con nucleo grosso vescicoloso, protoplasma fibrillare, le quali hanno l'aspetto di cellule deciduali. Il reperto si era avuto anche da altre due ghiandole: l'ovaio presentava una tipica reazione deciduale alla periferia. Riguardo alla natura ed all'origine di questi elementi gli è impossibile dare per il momento una risposta, troppo arduo è il problema. Solo egli ha creduto opportuno riferire il rapporto, secondo dopo quello riferito dal dott. Geipel nel 1913, non certo colla presunzione di stabilire sulla scorta di un solo caso un fatto che ha bisogno del più accurato esame, ma per fissare su questo l'attenzione ripromettendosi di studiare se in realtà esiste e quanto sia frequente la reazione deciduosimile, anche nei gangli linfatici del bacino durante le varie epoche della gravidanza.

Dott. MEONI. *Eritema nodoso e tubercolosi.* — Espone il caso di una donna di 30 anni, accolta l'anno passato nella clinica medica di Perugia per una forma caratteristica di eritema nodoso.

Le culture dal sangue circolante e dal sangue estratto con la puntura splenica riuscirono negative, mentre l'oftalmoreazione con la tubercolina fu fortissimamente positiva. L'inferma, guarita allora dopo un mese di intensa cura iodica, si è ripresentata quest'anno in clinica con un versamento pleurico a sinistra, il cui liquido ha presentato tutti i caratteri fisici, chimici e citologici di un essudato di natura tubercolare.

L'O. ritiene quindi che l'eritema nodoso nel caso speciale sia stato di natura tubercolare.

Circa la patogenesi, dichiarasi propenso ad ammettere dopo gli ultimi reperti (Hildebrand, Landouzy), che la malattia cutanea sia dovuta più probabilmente alla presenza del bacillo di Koch, che all'azione delle sue tossine.

Dott. MEONI. *Turbe gastriche consecutive a pleurite.* — L'O. presenta una statistica di casi di pleurite (per lo più pleurite sinistra e di antica data) nei quali durante il corso della pleurite ha veduto svolgersi, anche in breve tempo, una sintomatologia gastrica simile a quella da catarro gastrico cronico.

Fatti consimili furono già notati e riferiti dal Silvestrini a conforto della ipotesi da lui primitivamente avanzata e poi svolta più tardi dall'O. stesso sull'origine pleuritica di certi casi di morbo di Flaiani Basedow; e ritiene che tali turbe gastriche siano riferibili ad un'alterazione del simpatico, il quale può indubbiamente risentire e anatomicamente e funzionalmente di una infiammazione pleurale.

Dott. MEONI.

Interessante e pratica pubblicazione:

Dott. ELIO FABBRI

GUIDA ALL'ESAME DELL'INFORTUNATO

(Manuale di Semeiotica Speciale)

Un volume di 164 pag., in-16°, con tavole fuori testo.

I nostri associati che desiderano provvedersi di questo utile manualetto, lo riceveranno prontamente spedendo alla nostra Amministrazione sole L. 2.25 mediante cartolina-vaglia, la quale dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. Enrico Morelli, via del Tritone, 46 - Roma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Diabete e chirurgia.

I rapporti tra diabete e chirurgia possono essere così classificati: 1° la glicosuria è causata da una lesione chirurgica; 2° la glicosuria produce una lesione chirurgica; 3° le due condizioni sono indipendenti e l'una non ha alcuna influenza sull'altra; 4° la glicosuria è un fattore dannoso ed aumenta la gravità della malattia o della lesione già esistente.

La glicosuria non raramente è causata da una lesione chirurgica in casi di trauma e di sepsi. L'aumento dello zucchero è generalmente piccolo (1-2.50 %) e ordinariamente transitorio. Nei tumori ulcerati la glicosuria è probabilmente secondaria alla sepsi. Smith e Durham citano parecchi casi nei quali si verificò una graduale scomparsa dello zucchero dopo la asportazione di tumori maligni ulcerati. In tali casi perciò l'intervento chirurgico è indicato. Si può, è vero, obbiettare, che non riesce possibile stabilire prima dell'operazione se si tratti di una glicosuria dipendente dal tumore o di un vero diabete. Ma tale obbiezione ha scarsa importanza quando si pensi alla necessità dell'intervento chirurgico ed alla scarsa mortalità che dà l'odierna tecnica operativa anche nei diabetici.

Phillips pensa che sia molto dubbio che il diabete possa provocare direttamente una lesione chirurgica, se se ne eccettua la cataratta e la balanopostite. La sua opinione a riguardo della così detta gangrena diabetica è che essa sia piuttosto una gangrena sopravvenuta in un soggetto diabetico, nel senso che la influenza del diabete si manifesta indirettamente attraverso l'arteriosclerosi o la degenerazione dei nervi, che, come è noto, possono essere la espressione dell'affezione costituzionale. Altri invece, come il Risley (*Boston med. and surg. Jorunal*, 1915), pensano che il diabete possa essere causa diretta di lesioni chirurgiche. La mortalità per operazione in questi casi è notevolmente alta, ma è stata molto diminuita in questi ultimi anni dall'uso di nuove forme di anestesia, come l'ossido nitroso e l'ossigeno, l'anestesia locale e spinale invece del cloroformio e dell'etere, da una tecnica rapida e completamente asettica, e da un accurato trattamento pre-operativo tendente alla riduzione dello zucchero.

Le malattie chirurgiche come tumori, fratture, ferite d'ogni specie possono verificarsi in un soggetto già diabetico. Phillips ha analizzato i risultati di operazioni alla faccia ed alla bocca per tumori maligni in presenza di diabete ed ha trovato su 16 casi 11 guarigioni, per operazioni nelle stesse condizioni alle labbra su 12 casi 9 guarigioni. Su 15 operazioni al petto si ebbero 13 guarigioni, su 24 operazioni della'pparato genitale femminile 19 guarigioni; su 6 dell'apparato genitale maschile 3 guarigioni; su 13 operazioni di ernia, di appendicite ed al colon si ebbero 11 guarigioni; su 7 casi di operazioni alle estremità si ebbero 3 morti. Una particolare importanza ha la quistione del decorso delle fratture nei diabetici. Smith e Durham riferiscono che su 9 casi in 5 si ebbe un ritardo o una mancanza di unione dei frammenti, negli altri 4 casi si ebbe una consolidazione perfetta in tempo normale. In genere anche secondo Philips e Norden la consolidazione delle fratture nei diabetici avviene normalmente specie se si ha la precauzione di somministrare al paziente dei sali di calcio.

Per quel che riguarda le malattie o le lesioni che possono essere aggravate da un diabete preesistente bisogna osservare che l'albuminuria, la presenza di acetone o di acido diacetico, l'aumento di sali di ammonio rendono la prognosi del diabete sempre più grave. La vecchia idea che il diabete esercitasse una sfavorevole influenza sulla guarigione delle ferite per primam, a parte la possibilità della sepsi, non può aver ora un'applicazione per lo meno generale. Ad ogni modo il trattamento dietetico prima dell'operazione ha una notevole influenza sul processo di cicatrizzazione. Gli esperimenti di Bujund, Nicholas e Karlinski hanno dimostrato che lo zucchero diminuisce la virulenza dei microrganismi ma aumenta la loro capacità purulenta. Il processo settico è perciò notevolmente influenzato dalla presenza nel sangue di un'abnorme quantità di zucchero, specialmente là dove la arteriosclerosi e la degenerazione dei nervi ha prodotti dei disturbi trofici. Lo zucchero produce direttamente una diminuzione della vitalità dei tessuti ed indirettamente produce dei disturbi vascolari cronici, preparando così un terreno favorevole per lo sviluppo della sepsi. Da altra parte la sepsi può essa stessa produrre una temporanea glicosuria o mettere in evidenza un diabete latente.

Ad ogni modo le norme da seguirsi prima di sottoporre ad un'operazione un diabetico sono le seguenti: 1. Praticare sempre un esame completo delle urine, ricercando sopra tutto l'acetone e l'acido diacetico; 2. Dosare la quantità totale

di ammoniaca e non praticare l'operazione, salvo i casi urgentissimi, quando l'ammoniaca escreta nelle 24 ore è superiore ad un grammo, e rimandare l'intervento fino a quando essa non sia ridotta alla sua quantità normale; 3. Rimandare l'operazione quando vi sia presenza di acetone o di acido diacetico, anche quando la quantità di ammoniaca fosse normale; 4. Non intervenire quando vi fosse albuminuria grave, avvertendo ad ogni modo che anche una piccola quantità di albumina nelle urine rende la prognosi grave.

Ciò premesso bisogna osservare che la presenza di glicosuria non deve costituire una barriera insuperabile per l'intervento chirurgico, e quando questo fosse indispensabile per la vita del soggetto il chirurgo deve operare anche quando non si riuscisse a far scomparire dalle urine l'acetone e l'acido diacetico o a ridurre alle normali proporzioni l'ammoniaca.

L'uso di anestetici che non siano il cloroformio o l'etere, un appropriato trattamento dietetico prima dell'intervento, la prevenzione scrupolosa della sepsi, la rapidità della tecnica ridurranno sempre più la mortalità.

DRAGOTTI.

TERAPIA.

Trattamento dell'anuria.

Il trattamento dell'anuria varia a seconda delle cause di questo disturbo. Essa può essere determinata da un traumatismo o da una crisi dolorosa, o essere in rapporto con una malattia acuta o cronica, sconosciuta o latente.

Una contusione all'addome può provocare una anuria che guarisce senz'altro in breve tempo Se essa si prolunga vuol dire che si son prodotte lesioni profonde del rene: trombosi dei vasi renali, nefrite preesistente aggravata dalle infiltrazioni sanguigne. Gli interventi sull'apparecchio urinario: lavaggi, instillazioni, operazioni su un rene possono produrre dei fatti analoghi. Nulla di grave se i reni sono sani. L'anuria che segue ad una nefrectomia ha una prognosi riservata, perchè essa rivela un difetto iniziale o persistente del rene conservato o anche una lesione meccanica sopraggiunta che richiede un nuovo intervento se l'anuria continua. Le anurie traumatiche richiedono il riposo al letto, l'applicazione di ventose scarificate ed il regime idrico (un litro di acqua al giorno). Non bisogna abbondare nella somministrazione di liquidi e di teobromina, che deve essere data solo quando ricompare la diuresi; questa dovrà essere anche aiutata con iniezioni di soluzioni fisiologiche non a base di cloruro, che irrita il rene, ma a base di glucosio (circa 250-500 cmc. di soluzione al 47 per mille).

L'anuria che coincide con una crisi dolorosa scompare di solito ben presto senza speciale trattamento.

Per quel che riguarda l'anuria che compare nel corso di malattie acute o croniche, o di una malattia sconosciuta o latente bisogna ricordare: 1° l'anuria scarlattinosa, da colera e da gastroenteriti; 2° l'anuria calcolosa, che talora sopravviene senza dolore ed in piena salute; 3° l'anuria da compressione che si verifica specialmente nelle donne per i tumori dell'utero.

Queste tre specie di anurie richiedono un trattamento molto differente. Per quelle da calcolo bisogna tentare una cura medica senza perder di vista l'intervento chirurgico. Dapprima riposo a letto, regime latto-idrico, ventose scarificate sui reni, poi teobromina e distensione della vescica: iniezione di 300-400 grammi di acqua tepida bollita, attendere per lasciare urinare il bisogno imperioso della minzione. Bisogna ripetere tale operazione più volte. La distensione della vescica provocando la contrazione degli ureteri può provocare l'espulsione dei calcoli. Quando dopo cinque giorni questi procedimenti rimangono inefficaci bisogna ricorrere alla nefrotomia.

L'intervento chirurgico è anche l'unico trattamento delle anurie da compressione.

DR.

La limitazione delle bevande nella cura degli edemi.

Nonnenbruch (*Münch. mediz. Wochenschr.*, 1914, n. 43). Nel trattamento degli edemi dipendenti da disturbi circolatori si ricorre già da parecchio tempo alla diminuzione dei liquidi alimentari; a ciò si aggiunge la diminuzione del cloruro di sodio, anzi a quest'ultima molti autori assegnano l'importanza essenziale. Si ottiene in tal modo il miglioramento delle condizioni circolatorie e il riassorbimento degli edemi. Anche gli edemi di origine renale vennero trattati in tal modo, ottenendosi risultati soddisfacenti.

Ma il riassorbimento dei liquidi dai tessuti mediante la limitazione delle bevande può ottenersi anche in casi indipendenti da lesioni cardiache o renali. L'A. riporta, a dimostrazione di ciò, quattro casi che riassumiamo brevemente: 1° Leucemia linfatica. Edemi alle gambe, allo scroto, al pene; tali edemi erano in parte di origine marantica, in parte dovuti alla pressione esercitata sulle vene dalle glandole inguino-crurali tumefatte. Mediante la limitazione delle bevande (ridotte fino a cmc. 600 nelle 24 ore)

si ottenne quasi completa scomparsa degli edemi). 2° Pleurite essudativa. Il trattamento suddetto avrebbe determinato diminuzione del liquido e miglioramento nelle condizioni subbiettive del paziente. 3° Neoplasma dello stomaco. Marasma. Cute di tutto il corpo edematosa, specialmente al viso. Mediante la limitazione delle bevande gli edemi scomparvero in pochi giorni. 4° Cisti ovarica; ascite; pleurite. Il trattamento della limitazione delle bevande dette risultato favorevole.

V. FORLÌ.

Una incisione per la nefrectomia.

Tra le tante incisioni per nefrectomia, di cui ognuna ha i suoi pregi e i suoi difetti, applicabili volta per volta in casi peculiari, v'è da aggiungere quella di Bazy, denominata dall'A. « *nefrectomia sottoperitoneale, con incisione anteriore trasversale* »: merito principale dell'incisione è quello di operare a cielo scoperto, guidati dalla vista, nelle aggressioni renali; difetto non piccolo, il pericolo di ledere il peritoneo parietale, di aprire la cavità peritoneale, specie se la nefrectomia, come spesso, si pratica per interventi settici.

La posizione del soggetto è la dorso-lombare, come per le operazioni sulle vie biliari (posiz. di Mayo Robson); l'incisione è trasversale o leggermente obliqua ed anteriore: comincia un po' al disotto dell'estremità dell'undicesima costola, più infuori possibile; si dirige verso la linea mediana orizzontalmente o con direzione appena ascendente, senza giungere sulla linea alba, ma in corrispondenza della metà del muscolo retto, a metà distanza tra l'ombelico e la xifoide; s'incidono i muscoli in dietro e si prosegue l'incisione in avanti, prudentemente rispettando il peritoneo; quando s'è scoperto il tessuto preperitoneale e si sarà respinto, si prolunga l'incisione muscolare in avanti: giunti al grande retto si disseca la aponevrosi e si respinge con un divaricatore il bordo esterno del muscolo.

Insinuando le dita tra peritoneo e parete addominale anteriore, si respinge il sacco peritoneale così da giungere sulla capsula adiposa del rene; o s'incide il foglietto di Zuckerkandl che lo copre posteriormente; si fissa il foglietto inciso con le pinze e si esteriorizza il rene scoprendo solo la faccia anteriore, e insinuando le dita sull'ilo si scoprono i vasi dell'ilo: si opera così allo scoperto e qualsiasi emorragia si potrebbe dominare con una allacciatura.

L'uretere può essere seguito in basso per lungo tratto e tagliato col cauterio tra due legature, i vasi si possono allacciare prima della decorticazione del rene.

La ferita operatoria può chiudersi per prima intenzione: se è necessario drenare s'introduce un klemmer nel fondo della ferita, e, sulla guida della punta, che si fa sporgere indietro al lato della massa lombare, si pratica un'incisione d'un centimetro; in tal modo la posizione dorsale del malato facilita il drenaggio, mentre l'incisione anteriore sarà completamente chiusa.

t. p.

Contro la colica nefritica.

A. Robin prescrive così:

Sp.:

Cloridrato di morfina . . .	centigr.	5
Bromuro di potassio . . } Acqua di lauro ceraso . }	ana gr.	10
Sciroppo di etere	gr.	30
Idrolato di valeriana . . .	gr.	110

S. un cucchiaio ogni ora.

Secondo l'A. bastano 2-3 cucchiai. Egli sconsiglia le iniezioni di morfina perchè impediscono l'avanzata del calcolo. Oltre la pozione surriportata, is applicheranno sull'addome, ricoprendole con guttaperca, compresse di flanella a più doppie imbevute di:

Balsamo tranquillo	gr.	40
Cloroformio	»	10
Estratto tebaico . . . . . } Id. di giusquiamo. . } Id. di belladonna . . }	ana gr.	1

(*Gazz. degli Osp. e delle Clin.*).

G. SABATINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(493) *Sulla terapia dell'ulcera gastrica.* — Ricordo di aver letto sul *Policlinico* che nella terapia dell'ulcera gastrica non si deve prescrivere il rabarbaro, perchè può danneggiare. Eppure le indagini radiologiche dimostrano che questo prezioso rimedio agisce soltanto sul colon (Gübner, *Münch. mediz. Wochens.*, 1911). Non dobbiamo dunque preoccuparci dell'azione che può esplicare sull'ulcera gastrica. L'uso del rabarbaro mi sembra tanto più giustificato, in quanto corregge l'atonia del colon, la quale spesso complica l'ulcera dello stomaco, se pure non ne è un fattore etiologico secondo le concezioni del chirurgo inglese A. Lane (cfr. *Proc. of the R. Society of Medicine*, 1913).

Ricordo anche di aver letto, sul *Policlinico*, certe obiezioni relative all'uso degli zuccheri

nell'ulcera gastrica, e specialmente dello zucchero di latte.

Intanto è certo che lo zucchero comune è stato prescritto da molti autori.

Senza contare la dieta classica di Lenhartz, la quale comprende l'uso iniziale di 20 grammi di saccarosio al giorno, da aumentare a partire dal 4° giorno, fino a raggiungere la dose di 50 grammi al 12° giorno (*Deut. mediz. Woch.*, 1904 e 1906; cfr. anche Wagner, *Münch. mediz. Woch.*, 1904 e Harman, *The Lancet*, 1906), mi basti menzionare Fleischer (*Magen- und Darmkrankheiten*, pag. 932), Strauss (*Vorlesungen über Diät*, ecc., pag. 32), Winternitz (in von Mering's *Lehrbuch der inneren Medizin*, pag. 440), Friedländler (in Osler's *Modern Medicine*, pagina 119), Wirsing (*Archiv f. Verd.-Krankh.*, 1905, vol. II, pag. 197), e poi ancora Minkowski, Fraenkel, Vermehren, ecc.

Soltanto le forti quantità di zucchero comune possono danneggiare, come rileva per es. Sayler (in Hare's *Modern Treatment*, vol. II, pagina 306).

Per ciò che si riferisce poi allo zucchero di latte, esso è un costituente normale del latte, e sappiamo che questo forma la base del trattamento classico dell'ulcera gastrica: si comprende adunque come lo zucchero di latte non debba nè possa arrecare verun danno.

Infine il *Policlinico* affermava che i bicarbonati sono da preferire ai carbonati nella terapia dell'ulcera gastrica, essendo meno irritanti. Ma sussiste almeno una differenza a favore dei carbonati: questi cioè forniscono minori quantità di anidride carbonica. Si deve tenerne conto, perchè può essere importante di evitare una produzione soverchia di questo gas, onde scongiurare il pericolo di una perforazione da distensione dello stomaco. Piccole quantità dello stesso gas invece, come quelle fornite dai carbonati, possono essere utili, in quanto eccitano lo stomaco a svuotarsi, come risulta per es. dalle ricerche di Turck (della Scuola Medica Post-Universitaria di Chicago). Onde io non prescriverei incondizionatamente il bicarbonato sodico.

Aggiungerò che nella mia pratica mi hanno corrisposto bene i sali di bismuto.

Cordialmente.

New York. F. P.

Rispondiamo per ordine.

1. Le considerazioni che Lei espone sul rabarbaro provano come sia facile sviarsi nell'applicare alla clinica i reperti rigorosi del laboratorio: si è portati inavvedutamente a perdere di vista nozioni di un'evidenza manifesta.

Infatti, qualunque siano i reperti radiologici relativi all'azione del rabarbaro, è certo che questo farmaco determina facilmente sensazioni di nausea, le quali tradiscono delle contrazioni gastriche più o meno violente. Siffatto comportamento basta per escluderlo dalla terapia dell'ulcera gastrica.

Circa le vedute di Lane, che vorrebbe ricondurre tutta la patologia umana all'atonia intestinale, esse sono abbastanza contestabili, come risulta dalle discussioni consegnate negli stessi « Proceedings » da Lei citati.

2. Un grave difetto della nostra educazione medica è quello di essere ancora basata largamente sull'autorità; onde il peso conferito alle citazioni.

Queste andrebbero sempre vagliate con cautela ed accolte con prudenza. L'articolo del « Policlinico » pubblicato due anni or sono, cui Ella certamente si riferisce (Non-sensi terapeutici), aveva il solo scopo di dimostrarlo.

Così, malgrado tutti i riferimenti è certo che nello stomaco gli zuccheri fermentano; ossia danno origine ad acidi organici, che accrescono l'irritabilità dell'organo malato. Al tempo stesso si svolge anidride carbonica, la cui copia può, per avventura, essere molto maggiore di quella sviluppata dal bicarbonato sodico, da Lei tanto temuto per questo unico motivo.

Del resto non difettano le voci contrarie all'uso degli zuccheri nell'ulcera gastrica. Col metodo Senator, molto più prudente di quello Lenhartz, lo zucchero viene eliminato completamente dalla dieta. Ewald ha adottato la stessa restrizione (Diät und Diätotherapie, 4ª ediz., 1915). Può soccorrerci anche l'autorità di v. Leube, il quale nel primo periodo del trattamento raccomanda che persino i biscotti siano senza zucchero (citato da Strümpell); quella di Reed (Diseases of the Stomach a. Intest., 1905), il quale prescrive che sia senza zucchero anche la crema; ecc.

Persino Riegel (nell'Handbuch d. Ernahrungstherapie u. Diätetik di v. Leyden, 1898), il quale basandosi sulle esperienze di Strauss e su considerazioni teoriche era stato indotto ad utilizzare gli zuccheri nella terapia dell'ulcera gastrica, trova che si devono proscrivere tutte le volte che v'è tendenza alle fermentazioni.

Gli zuccheri erano una necessità dei metodi dietetici ristretti; fornivano delle calorie, ma non condizionavano il trattamento.

3. Gli zuccheri sono sopportati bene nell'ulcera gastrica anche usandone quantità molto elevate, purchè si escluda qualsiasi altro cibo, come ha proposto Loeper (Progrès Médical, 4 ott. 1913).

Probabilmente in tali condizioni vengono subito assorbiti, senza aver tempo di scomporsi, perchè non sono trattenuti (allo stato di soluzione) tra le parti indigeste dei cibi. Fors'anche la fermentazione di essi risulta rallentata, in quanto che vengono a difettare i substrati proteinici, necessari per uno sviluppo rigoglioso dei batteri della fermentazione.

4. Tra gli zuccheri quello di latte è il meno tollerato nell'ulcera gastrica.

Ciò risulta nettamente, p. es., dalle osservazioni di Riegel (l. c.).

Anche nella pratica infantile esso si distingue per la facilità a provocare disturbi, tanto che ormai i pediatri tedeschi ed anglo-sassoni vi sostituiscono il maltosio.

Sono state tentate delle spiegazioni di questo comportamento. Comunque, è certo che la tolleranza per il latte non comporta quella per lo zucchero di latte.

Il latte stesso, del resto, trova non pochi intolleranti tra i colpiti da ulcera gastrica, probabilmente perchè soggetto a fermentazione acida.

5. La differenza relativa alla produzione di anidride carbonica da parte dei carbonati e dei bicarbonati è irrisoria: infatti il carbonato potassico fornisce 32 % di gas, il bicarbonato 44; il carbonato sodico 41.5, il bicarbonato 52. Su così tenui e trascurabili differenze non mette conto di fondare una teoria terapeutica....

In linea di fatto, Debove, Strümpell, ecc. prescrivono forti quantità di bicarbonato sodico, senza dover registrare inconvenienti.

I carbonati sono molto più irritanti e non dovrebbero usarsi senza un fondato motivo, che non può essere quello da Lei addotto.

L. VERNEY.

(494) Quale associato mi permetto chiedere che sulla « Posta degli Abbonati » mi si risponda indicandomi le ultime pubblicazioni (dopo quella del Cavazza) « sugli itteri emolitici primitivi ».

Milano.

Dott. Emilio Pontiggio.

Nell'accurato lavoro del prof. G. Antonelli, (*Policlinico*, Sezione medica 1913) potrà trovare la letteratura sull'argomento, o almeno le indicazioni principali.

È opera assolutamente impossibile per i redattori della « Posta degli Abbonati » fare ricerche bibliografiche complete, che costano un dispendio di tempo non indifferente.

t. p.

VARIA.

La vita sessuale e la guerra.

Il dott. Touton ha pubblicato nella *Berliner Klinische Wochenschrift* una serie di articoli sulle modificazioni dell'istinto sessuale create dallo stato di guerra, sui rapporti tra i due sessi nei paesi belligeranti e sullo sviluppo e la profilassi delle malattie veneree negli eserciti.

Il « libero amore », quando la guerra imperversa, se non ha una sanzione ufficiale, trova nella cessazione di ogni freno morale o legale la più ampia esplicazione. I soldati hanno a loro disposizione le donne dei paesi conquistati: le campagne vittoriose sono così seguite da un periodo di intenso libertinaggio; le donne dei vinti devono soggiacere alle voglie dei vincitori.

Gli antichi soldati asiatici marciavano con le loro concubine, gli equipaggiamenti degli eserciti erano perciò raddoppiati; ma in caso di vittoria taluni trovavano preferibile di scegliersi nel paese conquistato una concubina, specialmente quando questa aveva anche il merito di un ricco guardaroba. Presso quei soldati la donna era un incitamento alla lotta, essi combattevano più disperatamente sapendo di dover difendere oltre che la loro vita ed il loro paese, la vita ed il possesso delle loro donne, che erano nella retroguardia.

Gli ebrei non vollero mai le donne nei loro accampamenti, tutt'al più le facevano rimanere nella retroguardia per utilizzarle a scopi militari.

Anche i greci si facevano accompagnare da concubine ed il loro primo pensiero avanti la battaglia era quello di metterle al sicuro. Anche essi profittavano delle donne dei paesi conquistati: all'assedio di Troia i loro comandanti si disputavano le belle prigioniere.

Alessandro il Grande proibì che le donne seguissero il suo esercito, ma dopo la conquista della Persia i vincitori si fornirono di concubine scegliendole tra le donne dei vinti.

Roma sotto l'Impero non permise ai soldati di ammogliarsi e proibì che le ragazze romane seguissero l'esercito. La intensa attività delle truppe in quel periodo aveva effetti decisamente anafrodisiaci, il che a sua volta costituiva una ragione di successo. Gli insuccessi di Annibale in Italia furono in gran parte determinati dal fatto che durante i 16 anni di occupazione, moltissimi soldati contrassero relazioni amorose con le donne indigene. I grandi generali romani cominciavano le loro campagne espellendo dall'esercito tutte le donne che vi s'infiltravano talora in numero grandissimo. Tuttavia mentre

si proibiva alle ragazze romane di seguire le truppe, si tollerava che donne straniere si stabilissero con tende vicino agli accampamenti, in modo da poter essere visitate dai soldati durante i riposi. Il matrimonio con esse era però severamente proibito.

Durante le Crociate la presenza di un gran numero di donne libere negli eserciti fu ragione di gravi discordie. Alcune vestivano come uomini, altre come monache, tutte si avviavano come pellegrine verso i luoghi santi e costituivano un grave imbarazzo. Parecchie di esse combattevano addirittura. Durante il periodo dell'assedio di Gerusalemme la immoralità raggiunse un tal grado che parecchie donne dovettere essere frustate e marchiate col fuoco. Nelle Crociate più fortunate le donne furono tenute rigorosamente separate dagli uomini, per quanto non appena si giunse in Asia ogni segregazione divenisse impossibile.

Nelle guerre del Medioevo troviamo alternati periodi di licenza e di persecuzione in riguardo alle donne che seguivano gli eserciti combattenti.

Verso la fine del secolo XV con la comparsa delle malattie veneree si aggiunse un nuovo elemento per tener lontane dai soldati le prostitute.

Al tempo della guerra dei trent'anni, data la strage fatta dalla sifilide nelle file dei soldati, si cercò di regolarizzare i rapporti tra i soldati e le donne che seguivano gli eserciti, si fece il primo tentativo di reggimentazione delle prostitute.

Al tempo della reazione tutte le prostitute forestiere furono minacciate dell'asportazione del naso ed i soldati erano incoraggiati al matrimonio concedendo loro di condurre al campo le proprie mogli. Un tale sistema però ebbe pure i suoi inconvenienti perchè conduceva i soldati alla miseria e le loro mogli ed i loro figli ad intense sofferenze. In certe località i soldati avevano anche dei bordelli che seguivano l'accampamento: si trattava di donne che si davano per danaro fingendo di esercitare osterie o sale da caffè.

Napoleone combattè energicamente la prostituzione: egli ritenne che l'imprigionare le prostitute fosse una misura necessaria per impedire la diffusione delle malattie veneree tra i suoi uomini. Un tale programma era però impraticabile, ed i tentativi fatti per elencare ed esaminare le donne affette da malattie contagiose se non fallirono completamente, certo non raggiunsero lo scopo. In Berlino su una popolazione di 100,000 abitanti gli ufficiali di Napoleone potettero elencare solo un terzo delle 1200 prostitute che effettivamente vi esistevano.

Nelle guerre più recenti sempre allo scopo di proteggere le truppe dalle malattie veneree furono tollerate case di piacere opportunamente sorvegliate.

Nell'ultima guerra del Messico le donne combatterono a fianco ai loro mariti.

Nelle guerre attuali la quistione sessuale va riguardata non solo in rapporto agli uomini combattenti, ma alle donne che rimangono in patria.

Si tratta di milioni di uomini sessualmente maturi che abbandonano le loro donne, la cui funzione sessuale si arresta completamente e repentinamente. Le spose quindi soffrono dell'allontanamento degli uomini più delle ragazze da marito, delle donne anziane e delle vedove da lungo tempo. Per molte donne naturalmente frigide l'astinenza è proprio il contrario della sofferenza, come non è certo dannoso per le donne che abbiano già avuto parecchi figli un po' di riposo sessuale.

Ma un buon terzo di donne sentono ardente l'impulso erotico e spesso soffrono per la improvvisa cessazione delle pratiche sessuali, diventano neurasteniche o isteriche, e ciò a prescindere dallo stato mentale provocato dagli orrori della guerra. Non mancano donne che cercano di soddisfare il loro desiderio contraendo relazioni con soldati connazionali o nemici, con prigionieri, con i quali vengono a contatto arruolandosi in opere di carità e di assistenza. Presentemente in Berlino delle donne infermiere, o che almeno figuravano come tali, sono state trovate affette da malattie veneree loro trasmesse da soldati.

Per quel che riguarda le prostitute dei paesi belligeranti bisogna osservare che non potendo seguire gli eserciti, cercano ma invano di passare nei paesi neutrali. In mancanza di avventori ammiseriscono, ammalano o si danno al delitto.

Come già si è detto la guerra è in un certo senso anafrodisiaca specialmente per i soldati abituati agli ozii tranquilli ed agli amori nel benessere e nel lusso. Purtuttavia le fatiche e le sofferenze della guerra attuale sono certo inferiori a quelle di altri tempi: i soldati per lo più lavorano solo per scavar trincee e non combattono di regola che da esse.

D'altra parte per la conquista di grandi città del Belgio e della Francia i soldati tedeschi affollano caffè e case di piacere. Così gli impulsi sessuali sopiti si destano e gli uomini contraggono relazioni con le donne indigene e frequentano le prostitute.

In riguardo alle violenze ed al duro trattamento cui sono sottoposte le donne da parte dei conquistatori, il dott. Touton spiega la cosa

con elementi sadistici. In ogni amplesso normale c'è del sadismo per lo meno allo stato latente: il piacere è aumentato se si dà dolore, se si umilia la donna che si possiede. La guerra mette in evidenza questo sadismo latente. Il sadismo nella donna è meno marcato, ma secondo il Touton in questa guerra anche la donna ne ha date delle notevoli manifestazioni: esse hanno assaliti dei soldati e li hanno sottoposti a mutilazioni che in tempo di pace sono riservate agli amanti infedeli.

Ci sarebbe da domandare se queste mutilazioni, se vere, più che l'espressione di sadismo costituiscano una vendetta da parte delle donne violentate.

Ad ogni modo il dott. Touton da buon tedesco si meraviglia che in questa immensa guerra siano stati rilevati così pochi eccessi di sadismo.

La profilassi delle malattie veneree ha costituito e costituisce anche in tempo di pace uno dei più gravi problemi d'igiene, ma è oramai pacifico che le misure coercitive contro le prostitute e contro i soldati non possono essere esagerate senza cadere in eccessi che sono peggiori del male che si vuol combattere. Ogni misura disciplinare intesa a punire i soldati che contraggono le malattie veneree non produce altro effetto che quello di far nascondere dal soldato l'affezione contratta, con quanto beneficio per la salute del paziente e per la prevenzione del contagio è facile comprendere. Meglio rispondenti sono le misure intese ad istruire il soldato sui pericoli prossimi e remoti delle infezioni celtiche e sui mezzi per prevenirle.

Le storie delle più recenti guerre dimostrano chiaramente come il teatro della guerra sia sempre il luogo dove le malattie veneree si diffondono con la maggiore rapidità ed intensità.

Le statistiche della morbosità d'altra parte dimostrano come gli sforzi della profilassi abbiano in tempo di pace determinata una decrescenza delle malattie veneree nelle armate. Prima della guerra franco-prussiana tale morbilità era bassissima e nell'ottobre del 1870 non raggiungeva che il 2.2 per mille.

Nel gennaio del 1871 comincia ad aumentare fino a raggiungere nel maggio il 78 per mille ed in alcuni reggimenti anche il 100 per mille. Questo aumento si spiega col fatto che dopo le grandi battaglie le truppe furono adibite all'occupazione ed all'assedio di grandi città della Francia.

La profilassi delle malattie veneree è importante oltre che per scopi bellici, per evitare cioè che un gran numero di soldati abbandoni il fronte per malattia, anche per eliminare la possibilità di una maggiore diffusione delle infezioni celtiche nella nazione quando i soldati ritornano in patria.

Nelle guerre attuali certo i soldati impiegati sul fronte non possono venire a contatto con prostitute, ma gli altri sono sempre soggetti ad un tale pericolo.

Le donne quindi dovrebbero essere intercettate, segregate, rese non pericolose prima che le infezioni si diffondano. Quando una città è occupata si dovrebbe fra le prime cose procedere ad un esame di tutte le prostitute sequestrando tutte quelle che presentano segni di malattie celtiche, e munendo di una carta di sanità tutte quelle che risultano sane. Le stesse donne poi dovrebbero essere sottoposte ad un esame quotidiano. Quelle donne che non rispettassero tali norme, che fossero trovate nei bivacchi dei soldati o che avessero rapporti con questi pur sapendo di essere infette dovrebbero essere trattate come criminali.

D'altra parte bisognerebbe impedire che soldati infetti avessero rapporti con donne delle città occupate, ed applicare rigorose misure di isolamento e di disinfezione per quegli uomini che presentassero delle manifestazioni tali da essere pericolosi non solo per le donne durante gli amplessi, ma anche per i loro compagni per contagio diretto o indiretto. G. DRAGOTTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

O. UFFREDUZZI. *Guida per il chirurgo in guerra.* Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1915, L. 2.50.

P. SISTO. *Guida per il medico in guerra.* Id. id. L. 2.50.

Son due manuali pratici tascabili, che si completano a vicenda nel programma di tracciare le norme più utili per l'arte sanitaria nel teatro della guerra. Nella scarsità di mezzi e nell'impossibilità di consultare il parere ed il consiglio del collega più autorevole, il medico ed il chirurgo in guerra han bisogno di una guida sintetica che gli richiami alla memoria le nozioni di patologia e di terapia più proprie e più speciali alle esigenze del servizio a cui la Patria li chiama. In guerra ed in pace lo scenario dei morbi e delle lesioni violente è molto differente: e però è utile che anzi tempo sia compiuta la preparazione sanitaria alla guerra, parallelamente alla preparazione militare e civile. Queste pubblicazioni servono allo scopo, e per questo si giovano dell'esperienza delle guerre più recenti e dei paesi già crudamente provati nella guerra contemporanea. *p. s.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ai medici d'Italia.

Alea jacta est! L'Italia, la nostra Italia, entra nell'immane conflitto schierandosi dalla parte di coloro che sostengono il diritto di nazionalità contro l'imperialismo militarista, a difesa della civiltà contro una rinascente barbarie.

Non guerra di conquista ma guerra di rivendicazioni nazionali, guerra di affermazione dell'invulnerabilità del diritto internazionale, del diritto delle genti.

L'Italia dopo nove mesi di intensa preparazione sorge forte di armi, forte di volontà a rivendicare la sua unità e la sua indipendenza, sorge a reclamare la libertà, la indipendenza del Belgio straziato, della piccola e nobile nazione fatta così grande dal suo sacrificio, dal suo dolore.

Or non è molto i medici italiani davano ai colleghi dell'eroico popolo una testimonianza della loro simpatia, che era una promessa di maggiori, più efficaci aiuti.

E la promessa è compita!

Nell'ora suprema, in cui alla nazione si chiedono sacrifizi pari all'immensità dei beneficî arrecati alla causa della civiltà, pari al radioso avvenire che ne attende, i medici d'Italia daranno, ne siam sicuri, prove sublimi di quelle virtù che ne rendono così nobile, così benefica la missione in ogni tempo, in ogni luogo.

Educati allo spirito di sacrificio, alla scuola del dolore, ogni sacrificio, ogni dolore essi sopporteranno con animo fermo, tutto essi faranno per rendere sempre più produttivi i sacrificî degli altri, per alleviarne i dolori.

In mezzo alle miserie, ai tormenti che la guerra distribuisce con tanta larghezza essi saranno sempre e dovunque i consolatori.

Nei campi cruenti, essi impavidi, coscienti dei pericoli cui sono esposti, mentre negli altri l'ebbrezza della battaglia toglie ogni coscienza della situazione, essi appresteranno la loro opera sublime tra l'infuriare dei colpi, tra le grida, tra i lamenti dei colpiti.

Coloro ai quali non è dato recarsi sui campi dell'onore, renderanno un'opera non meno preziosa nella vita civile, che priva di tante energie avrà bisogno di menti aperte, di cuori generosi, di individualità fattive, che indirizzino e disciplinino la volontà e l'attività del popolo.

Le guerre odierne non si combattono soltanto nelle trincee o nelle piazzeforti, si combattono dal popolo e nel popolo, di cui bisogna mantenere alto lo spirito, forte e tenace la fede.

Ed in quest'opera dovranno concorrere i medici che più di ogni altro intellettuale sono a contatto del popolo, che più di ogni altro ne conoscono le passioni e le debolezze.

Con l'assidua sorveglianza sulle condizioni igieniche del paese, con l'applicazione rigorosa delle relative leggi essi terranno lontano dalla nazione il peggiore, il più terribile nemico: le epidemie.

Nei piccoli centri con l'attiva propaganda intesa a promuovere le organizzazioni di soccorso, i patronati, le cucine economiche, le refezioni, a sorreggere di consigli tutti coloro che qualche cosa possono dare alla patria, i medici saranno gli ufficiali della nuova vita civile.

Il mandato commesso alla classe medica, il mandato che essa accetta col maggiore entusiasmo e con piena coscienza della sua importanza, è arduo quanto nobile. I medici italiani sapranno assolverlo convenientemente.

Nell'organizzazione civile della guerra, come sui campi di battaglia essi sapranno tenere alto il nome della classe, che conta nella storia del martirologio italiano figure sublimi per carattere, intrepidezza, eroismo.

Da Domenico Cirillo, che troncò sul patibolo il bel sogno della sua repubblica italiana, a Luigi Pastro, che conobbe i rigori e le torture del carcere austriaco, v'ha tutta una schiera di medici che con il pensiero e l'azione contribuirono al risorgimento italico.

La nobile tradizione sarà ora continuata. I medici italiani accorreranno sui campi di battaglia pieni di slancio e di ardimento, e saranno nell'opera pietosa pieni di accorgimento e di eroismo; col loro sangue santificheranno la guerra, la nostra guerra mossa per la integrità della patria, per i diritti dell'umanità.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5251) *Pensioni.* — Il Dott. U. B. da T. desidera conoscere quale pensione potrà liquidare con 27 anni di servizio e 53 di età ed a quale via dovrebbe attenersi il Comune per completare detta pensione, tenuto conto che il suo ritiro è causato da malattia.

Alle esposte condizioni liquiderà la pensione di annue lire 991. Il Comune non è obbligato a completare od aumentare la pensione in vista della causa che determinò la produzione della domanda di collocamento a riposo. Ciò, si intende, sempre quando non esistano speciali patti in contrario nel locale regolamento sulle pensioni.

(5252) *Allontanamento dal Comune - Servizio in altro - Incompatibilità col proprio capitolato.* — Il Dott. A. B. da M. chiede conoscere se in base a due articoli del proprio capitolato possa recarsi in un piccolo finitimo paese ad esercitare la propria professione senza alcun vincolo nè verbale nè scritto col Comune, il quale si limita a pagargli in ragione delle visite che fa colà ogni giorno od ogni due giorni, saldando a piè di lista i suoi onorarii.

Non ammettiamo che col limitrofo Comune Ella non abbia alcun vincolo nè verbale nè scritto per le prestazioni professionali che colà esegue quasi quotidianamente. Se altro manca, il vincolo è indubbiamente costituito dal mandato che riscuote a mese compiuto od a servizio espletato. Per qual ragione, infatti, il Comune la pagherebbe se non pel servizio che presta sul posto in luogo e vece del medico condotto, che non esiste per niente? Il Comune, pagando Lei, soddisfa l'obbligo legale di provvedere alla cura ed alla assistenza degli infermi poveri, ed Ella, accettando il pagamento e prestando il servizio, assume il carattere di medico condotto a scavalco. Ella, quindi, per quanto riguarda il servizio del vicino Comune urta contro il disposto dell'articolo 16 del capitolato. Per ciò che riflette l'articolo 2 si trova pienamente in regola.

(5254) *Infortunii sul lavoro - Passaggio di condotta - Stabilità - Nomina in due condotte contemporaneamente.* — Il Dott. F. S. da N. desidera conoscere: 1° quali sono i diritti del sanitario per malattie naturali e per infortunii sul lavoro di fronte alla Società assicuratrice, agli appaltatori od esercenti ed ai pazienti non inscritti per pagamento di tasse nell'elenco del Comune; 2° se un sanitario che presta servizio interinale nella frazione di un Comune, essendosi resa vacante anche una delle condotte, può farvi passaggio senza dichiararsi interrotto il servizio agli effetti della stabilità nella frazione o nel Comune; 3° se la stabilità si può acquistare senza concorso, e 4° se l'interino debba avere in congruo termine l'avviso di lasciare il servizio e se si possa obbligare il Comune a procedere simultaneamente alla nomina del medico condotto del capoluogo e della frazione.

Per la cura delle malattie naturali spettano al medico condotto le ordinarie corrisponsioni di stipendio stabilite dal capitolato. Se si ha la cura piena la prestazione deve estendersi alla generalità degli abitanti, a seconda dei criterii fissati dalla amministrazione comunale nel regolamento speciale della condotta. Se, invece, la condotta è limitata ai poveri, il medico ha l'obbligo di curare e di assistere gratuitamente tutti coloro che sono inscritti in apposito elenco che viene ogni anno riveduto dalla Giunta municipale coll'assitenza del condottato. In quanto agli infortunii la cosa è diversa. Il medico condotto, se l'infortunato è compreso nello elenco dei poveri se la condotta è residenziale o se è agiato e la condotta è piena, deve curarlo gratuitamente come qualsiasi altro infermo affetto da malattia naturale. A qualunque classe sociale appartenga l'infortunato e quale che sia l'obbligo del sanitario di fronte al Comune, il medico condotto e l'ufficiale sanitario, in caso di infortunio, hanno diritto al pagamento delle prime immediate cure che si prestano sul posto all'infortunato ed al pagamento dei certificati nella seguente misura e cioè: 1° Pagamento delle spese di viaggio in seconda classe sulle strade ferrate e nella misura di 25 centesimi per chilometro sulle strade ordinarie; 2° Lire due per il primo certificato medico da unirsi alla denunzia dello infortunio; 3° Centesimi 50 per ogni certificato comprovante la continuazione della inabilità al lavoro; 4° Lire due per il certificato constatante l'esito definitivo della lesione. La spesa per le prime immediate cure è a carico dello esercente o del capo della impresa, quella dei certificati di cui ai numeri tre e quattro è a carico dell'Istituto assicuratore. Qualora l'operaio abbia diritto alla assistenza medica gratuita, l'ufficiale sanitario o il medico condotto, obbligato a prestargliela, deve rilasciare gratuitamente i certificati indicati al n. 3. Cambiando la condotta, si interrompe il periodo di prova necessario per l'acquisto della stabilità, ovvio essendo che le modalità e le specialità dell'esercizio professionale variano da luogo a luogo ed a seconda della importanza della popolazione, del clima, e delle condizioni igieniche di ciascuno di essi. La stabilità non si può mai acquistare senza concorso. L'interino cessa dal servizio con la nomina del titolare. Il Co-

mune non ha, pertanto, l'obbligo di disdettarla un congruo tempo prima, essendo ben nota e cognita l'epoca in cui deve lasciare il servizio, sia per l'emissione del bando del concorso sia per l'avvenuta nomina da parte del Consiglio comunale del nuovo medico. Non si può imporre al Comune di procedere contemporaneamente alla nomina del medico del capoluogo e della frazione. Doctor JUSTITIA.

Compiacetevi farmi sapere quale sia la lista dei documenti da presentare in un concorso per medico di reparto ferroviario.

Ringraziando mi segno obbligatissimo

Abbonato 1840.

I documenti da presentare per il concorso a medico di reparto delle Ferrovie dello Stato sono: 1. Domanda in carta da bollo da L. 1.20 al Capo d'ufficio sanitario dal quale dipende il reparto; 2. Certificato di nascita; 3. Diploma di laurea; 4. Certificato di cittadinanza italiana; 5. Certificato di buona condotta; 6. Certificato penale; 7. Eventualmente titoli professionali e scientifici.

CONDOTTE E CONCORSI.

* ARTENA (*Roma*). — A tutto il 10 giugno, una delle due condotte, L. 4000 lorde, di cui 2/3 pei poveri. Servizio entro 10 giorni. Ab. 6000 di cui 1400 nelle frazioni.

ARZIGNANO (*Vicenza*). — 3° Riparto; L. 3500, con obbligo del cavallo, soli poveri. Due sessenni. Residenza in frazione Tezze. Termine 31 maggio.

AVELLINO. — Capo del Labor. medico-micr. di vigilanza igien. fra i Comuni della provinc. Documenti entro ore 12 del 15 giugno al presidente del Consorzio, sindaco di Avellino. Titoli speciali. Esami. L. 3000, tre aumenti sessennali del decimo; partecipazione agli utili derivanti dalle analisi ai privati e da altri eventuali proventi.

BERGAMO. *Consiglio Istituti ospitalieri.* — Primario della sezione oftalmica; L. 1500 nette di R. M. Scad. ore 15 del 10 giugno. Memorie e lavori scientifici a stampa ed in tre copie. Esami. Potranno essere rimandati gli esami ed annullato il concorso in causa della mobilitazione. Servizio 12 nov.

CALASCIO (*Aquila*). — A tutto il 31 maggio, condotta generalità; L. 3200 lorde senza obbligo cav. Rivolgersi alla Segreteria comunale.

* CANNOBIO (*Novara*). *Opera Pia Uccelli.* — A tutto maggio, servizio Ospedale e poveri di Cannobio e Traffiume; L. 2000 lorde. Pratica trienn.

CANOSA DI PUGLIA (*Bari*). — Prima condotta di campagna e città. Popolazione 29,000 circa in tre rioni di circa 1000 ammalati poveri ciascuno; L. 1400 con tre sessenni, lorde. Scadenza 30 maggio. Età massima anni 40.

CANTIANO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto 10 giu. 2° reparto; condotta semiresidenziale; L. 3000 fino a 1000 poveri, L. 75 per ogni cento pov. in più o frazione, L. 50 per ogni cento o frazione semiabbienti, L. 250 se U. S., lorde. Accettaz. entro 20 giorni, servizio entro 30 giu. Ab. 4658, di cui 2502 nel reparto, ettari 4100. Osp. civico.

CAPOLONA (*Arezzo*). — Condotto soli poveri; L. 3400, obbligo di cav. Scadenza 31 maggio.

CASSINE (*Alessandria*). — Ab. 5670. Una delle due condotte pei poveri; lorde L. 1700. Entro il 26 maggio. L. 700 indennità di cav. e L. 100 indenn. per la supplenza.

CREMA. *Istituti spedalieri.* — Medico chirurgo ostetrico assistente presso l'Ospedale Maggiore. Titoli. Servizio entro 8 giorni. Nomina biennale, prorogabile. L. 1870 nette di R. M.; lire 6 per ogni guardia notturna (a turno con altri 3 sanitari). A tutto 31 maggio.

CRESPINO (*Rovigo*). — A tutto il 10 giugno 1° reparto. Non meno di due anni di assistentato effettivo in un ospedale o due di condotta medica chirurgica; L. 5500 con due sessenni; assic.; cinque frazioni; ab. 2550; km. 3 × 5; servizio nell'ospizio comunale e ambulatorio; obbl. mezzo di trasporto; servizio entro 15 g.

ESINE (*Brescia*). — Condotta consorziale con Bergo; a tutto maggio; stipendio L. 4050, per la cura di tutti gli ab. (Esine 2283, Bergo 886). Mansioni di ufficiale sanitario.

FABBRIANO (*Reggio Emilia*). — Medico-chirurgo poveri; L. 2800 lorde, 2 decimi, L. 700 indenn. cavalc., ab. 4240, agglomerati 1429, poveri 2000. Scadenza 28 maggio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Primario medico. Età massima 40 anni; 10 anni di laurea e 5 di servizio effettivo; salvo eccezioni contemplate nell'avviso di concorso; pubblicaz. in 5 esemplari. Servizio entro 10 giorni. Documenti alla Segreteria entro le ore 17 del 10 giugno.

GIRGENTI. Assistente nel laboratorio chimico consorziale di vigilanza igienica della Provincia. Vedi fasc. 19. Scad. 31 maggio alle ore 16.

MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — Medico; L. 1700; a Casale di Lutirano; L. 4500 lorde. Alloggio. Scade 31 maggio.

* OCCHIOBELLO (*Rovigo*). — Medico 1° reparto; L. 4800 lorde per tutti gli abitanti, tre sessenni. Se U. S. L. 300. Assunz. serv. entro otto giorni.

ORBETELLO (*Grosseto*). — 2ª condotta. Scadenza un mese dal 5 maggio, L. 3000 lorde, di cui 800 per i poveri e 2200 per gli abbienti; quattro quinquenni. Servizio entro 20 giorni. Probabile assegnazione riparto ferroviario Orbetello 3, con assegno di L. 1040.

OSTIGLIA (*Mantova*). — 1ª condotta pel capoluogo; L. 3000 pei soli poveri e L. 600 pel mezzo trasp.; tre quinquenni del decimo su L. 3600; assistenza nell'Ospedale e nel Ricovero mendicità su compenso; L. 500 se u. s. Assunzione posto entro 8 giorni. A tutto 25 maggio.

OTRICOLI (*Perugia*). — Concorso medico chirurgo prorogato a tutto il 15 giugno; lorde lire 4000. Rivolgersi al Sindaco.

PIACENZA. *Amministrazione Ospizi Civili.* — Tre medici-chirurgi assistenti a L. 1800 lorde, 3 medici-chirurgi astanti a L. 3200 lorde, presso l'Ospedale Civile. Dall'Amministrazione Ospizi si potranno avere le cognizioni riguardanti le condizioni dei concorsi. Scad. 24 maggio.

* PIENZA (*Siena*). — Condotto. Cura gratuita; L. 3500. Scadenza 30 maggio.

PIETRA MONTECORVINO (*Foggia*). — Condotta poveri; ab. 4138 in unico centro; 7000 ha.; poveri 1/3 circa. Scad. 15 giu. L. 1500 lorde, con sessenni, oltre un decimo d'indennità malaria.

PIZZIGHETTONE (*Cremona*). — Seconda condotta; L. 3000 nette R. M., L. 800 mezzo trasporto, due sessenni. Scadenza 31 maggio.

* POLINAGO (*Modena*). — Prima condotta; ettari 2002.330; abitanti 2370 di cui 100 con diritto a cura gratuita; L. 2700 lorde; tre quinquenni di L. 200; assicur. Età limite 35 anni. Servizio entro 10 giorni. Scad. a tutto il 14 giugno.

PORANO (*Perugia*). — Cura generalità; condotta in collina. Popolazione 1300. Estensione territorio kmq. 4; lorde L. 4000 annue senza obbligo cavalcatura. Scadenza 31 maggio.

PORTO MANTOVANO (*Mantova*). — A tutto il 10 giugno, frazione Soave, residenziale; L. 3000 lorde e tre sessenni; L. 600 indenn. cavalc.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta poveri di Nuvolato; ab. 600 riuniti e 2025 sparsi; L. 3000 lorde e tre sessenni; L. 600 per carrozza e cavallo, obblig. Servizio entro 15 giorni. Scadenza un mese dall'8 maggio.

RIMINI. — Due medici supplenti aggregati all'Ufficio d'igiene municipale; L. 2500 lorde. Trasferta (indennità di vettura) di L. 3 per le condotte III e IV urbane e di L. 8 per le condotte di campagna. Nomina per un biennio. Età massima anni 35. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Scadenza 5 giugno.

RIVOLTO (*Udine*). — Medico; condotta piena; L. 3300 p. poveri e L. 1000 p. abbienti lorde, L. 1000 per mezzo trasporto e L. 200 quale U. S. Pop. 4082. Assunz. entro 15 g. Scad. 22 maggio.

ROCCA DE' BALDI (*Cuneo*). — Condotto poveri; L. 2150 lorde. Pop. 2663. Scad. 29 maggio.

ROMA. *Ministero dell'interno* (Direzione generale della sanità pubblica). — È indetta una sessione di esami per la concessione della autorizzazione a viaggiare come medico di bordo. Gli esami avranno luogo in Roma nel mese di agosto 1915 nei giorni, nelle località e nelle ore che saranno stabilite e che verranno individualmente comunicate a ciascuno degli ammessi agli esami. Questi consisteranno: *a*) in una prova scritta di etiologia, patologia, epidemiologia e profilassi delle malattie infettive e macroparassitarie, con speciale riguardo alle esotiche e a quelle dei paesi caldi; *b*) in prove pratiche di accertamento diagnostico delle malattie infettive e macroparassitarie, di bromatologia e di semeiotica e diagnostica clinica; c) in una prova orale d'igiene navale, di legislazione sanitaria e di lingue straniere.

Docum. al Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica) sia direttamente, sia per mezzo della Prefettura della Provincia di ordinaria residenza, entro il 15 luglio 1915. Il candidato dovrà indicare nella domanda su quale lingua estera intenda essere esaminato.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 30 sottotenenti medici di complemento. Documenti al Ministero non oltre il 31 maggio. Richiedere copia del decreto alle Direzioni degli Ospedali principali marittimi (Spezia, Napoli, Venezia, Taranto e La Maddalena) ovvero all'Ispettorato di sanità presso il Ministero.

* SALTARA (*Pesaro-Urbino*). — Al 12 giugno, condotta; L. 3000 pei poveri e L. 1000 per gli abbienti, lorde; L. 100 quale U. S.; L. 700 d'indenn. cav.; tre sessenni su L. 4000; assicurazione. Servizio entro 15 giorni.

SAN CASCIANO DE' BAGNI (*Siena*). — Condotta 3° reparto (fraz. Palazzone); L. 4000 nette con 3 sessenni. Età anni 40, s. e. r. Scad. 30 maggio.

SAN QUIRICO D'ORCIA (*Siena*). — Medico; lire 3700 lorde e assegno L. 100 per uff. san. Condotta piena. Residenza nel capoluogo (farmacia e ambulatorio). Pop. 1909 ab. Assunzione entro 15 giorni. Scad. 30 maggio.

SESTO AL REGHENA (*Udine*). — Primo reparto capoluogo e frazioni di Braida-Curti, Marignan e Mure; L. 3000 con 4 sessenni e L. 600 per indennità di trasp. Se u. s. L. 300. Scad. 26 magg.

SORESINA (*Cremona*). — Concorso per condotto aggiunto. Stipendio L. 3000 nette con tre sessenni del decimo. Scadenza 31 maggio.

SPIRANO (*Bergamo*). — A tutto 15 giugno, condotta con Lurano; L. 4400 lorde, compreso mansioni u. s. Servizio entro 8 giorni. In comune havvi l'ospedale.

VEROLENGO (*Torino*). — Condotta piena fra 4 fraz. L. 3000 nette e L. 100 per arm. farm. Assunzione il 1° agosto. Scad. 31 maggio.

VERONA. *Consiglio ospitaliero.* — Concorso per titoli ed anche per esami, al posto di primario specialista in otorinolaringoiatria presso l'Ospedale Civile. Stipendio L. 1200 lorde, quattro quinquenni del decimo. Scadenza 15 giugno.

VIPLAPUTZU (*Cagliari*). — Condotto generalità 3058 ab.; L. 4000 oltre mese di licenza in L. 300; verrà affidato a pagam. il dispensario tracomatoso stabilito dallo Stato; altro cespite d'entrata è costituito dai lavori del Flumendosa, dalle periodiche lavorazioni del carbone e dal promettente sviluppo delle miniere. Scad. 15 giugno.

ZAGARISE (*Catanzaro*). — Condotta piena; vedi fasc. 20. Domande al 31 maggio.

Medico-chirurgo quarantenne, ottime referenze, lunga pratica ospedali, condotte, impegnerebbesi subito o per epoca prossima, per interinati, per Comuni o per supplenze colleghi condotti o anche medici liberi richiamabili, desiderosi mantenere clientela privata durante forzata assenza. Preferiscesi località mare, laghi. Scrivere Casella postale 55, Udine.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide: Castelfiorentino (Firenze), Filo in comune in Argenta (Ferrara), Ponzano di Fermo (Ascoli Piceno), Grignano Polesine (Rovigo).

Mantenimento di diffide: Ripatransone (Ascoli Piceno), Castel di Casio (Bologna).

Revoca di diffide: Moncestino (Alessandria), Coccanile di Coppato (Ferrara), Castelnuovo Val di Cecina, Castellina Marittima e Rosignano Marittimo (Pisa), tutte le condotte della provincia di Lecce (Calimera, Cannole, Capranica, ecc.), tutti i posti di ufficiale sanitario della prov. di Trapani, condotte di Monte S. Giuliano (Trapani), Montefalco e Poggiodomo (Perugia), Serravalle di Chienti (Camerino).

La sezione di Orvieto dell'A. N. M. C. ricorda che da tempo è stata tolta ogni diffida per il comune di Orvieto.

Revoca di boicottaggio: Solonghello (dalla sezione di Monferrato dell'A. N. M. C.).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stata conferita, a pieni voti, la libera docenza per titoli in igiene al nostro amico dottor Gaetano Sampietro.

La Commissione era composta dai proff. sen. Todaro, preside della Facoltà, Casagrandi di Cagliari, Marchiafava, Sanarelli, Corsini di Firenze relatore.

Nella lezione, che vertè sulla «depurazione biologica delle acque di rifiuto», il candidato dette prova di una preparazione solida e di un'arte didattica eccellente e sicura.

Al valoroso igienista porgiamo i nostri rallegramenti cordiali.

Aforismi di medicina castrense.

Un grande rimedio sul campo di battaglia è la morfina: lenisce i dolori delle ferite ed attenua il senso di strapazzo fisico e morale.

Un altro buon rimedio è la canfora, quale tonico del cuore negli stati adinamici.

Dopo le gravi emorragie somministrare in copia le bevande acquose affine di reintegrare la massa sanguigna.

La tintura di iodio usata a dovere è un eccellente profilattico delle infezioni settiche.

Largheggiare nell'uso del siero antitetanico, tutte le volte che le ferite sono anfrattuose e profonde o lorde di terra.

Tolti i casi d'urgenza, intervenire chirurgicamente meno che si può.

Non preoccuparsi di estrarre i proiettili, quando non danno gravi molestie: rimangono innocui.

Far osservare la nettezza quanto più è possibile (tener lontane le deiezioni, far usare le polveri insetticide, ecc.).

L'esperienza prova che l'alcool sul campo è un veleno: procurare che ne venga ridotto al minimo il consumo.

NOTIZIE DIVERSE.

Per l'assistenza sanitaria in guerra.

Il presidente dell'Associazione nazionale tra i professori universitari, prof. Arnaldo Trambusti, ha diretto al ministro Salandra la seguente lettera:

«Maestri insigni della chirurgia italiana hanno domandato che l'opera loro, dei loro assistenti, del personale tutto delle loro cliniche si utilizzasse, in caso di guerra, là dove fosse più sentito il bisogno.

Questa presidenza dell'Associazione nazionale tra i professori universitari non può non rilevare con grande compiacimento questa generosa iniziativa che viene a coronare degnamente l'opera di preparazione già iniziata dalle nostre università.

Ognuno di noi non può non ammirare l'ottima preparazione e il grande valore tecnico della Sanità militare e la perfetta organizzazione della Croce Rossa Italiana, ma nel momento più grave del conflitto, e l'esempio degli eserciti attualmente belligeranti lo ha largamente dimostrato, non v'è assistenza sanitaria che basti.

Ora l'avere a disposizione un personale colto, sperimentato, allenato e sopratutto «affiatato», come è quello delle nostre cliniche, costituisce un aiuto così prezioso che non può non mettersi a profitto.

Le università italiane hanno fede che la nobile offerta venga accettata senza ulteriore indugio perchè le università vogliono che anche in questo campo dell'assistenza sanitaria, tutte le loro migliori energie sieno utilizzate a vantaggio di chi versa il suo sangue nel nome d'Italia».

Misure profilattiche in vista della mobilitazione.

La Prefettura di Como, Div. di Sanità, ha diramato ai Sindaci della Provincia la seguente circolare:

«Le specialissime condizioni attuali e i gravi pericoli di comparsa di malattie infettive che ad esse si connettono (e non è necessario insistere su quanto è a tutti notorio) impongono il dovere di prendere rapide ed energiche misure che assicurino dappertutto la possibilità di combattere efficacemente i primi casi di malattie infettive.

È perciò necessario che dovunque sia pronto ed arredato un locale di isolamento, capace di almeno 6 letti, divisi in due sezioni ben distinte (maschi e femmine), fornito di latrine e della migliore acqua potabile esistente in Comune. Non occorre per ora che tale locale sia definitivo; basta che tanto esso quanto il relativo arredamento sia preso in affitto per il corrente anno e tenuto libero e disponibile.

È necessario pure che dappertutto vi sia una pompa spruzzatrice (e come tipo ottimo consiglio la pompa Gatteschi), due mastelli di legno della capacità di circa 50 litri ognuno e due vesti complete per disinfettori (scarpe comprese), nonchè una provvista di disinfettanti sufficiente per far fronte alle prime necessità.

Il materiale suddetto sarà conservato nel locale di isolamento.

I Comuni riuniti fra loro in Consorzio medico potranno provvedere, se credono, in consorzio anche all'affitto del locale di isolamento provvisorio e all'acquisto del materiale di disinfezione.

Sulla scelta del locale di isolamento, che deve essere di comodo accesso e nè troppo vicino nè troppo lontano dall'abitato, sarà sentito, e possibilmente seguito, il parere dell'Ufficiale sanitario.

L'urgenza di questi provvedimenti è tale che non ammette tolleranze o eccessivi ritardi. Tutto deve essere pronto non più tardi del 10 maggio; sarei costretto mio malgrado a adottare provvedimenti coattivi in caso di inadempienza.

V. S. mi trasmetterà a suo tempo l'indicazione del locale preso e la nota del materiale acquistato; nei Comuni che si sono uniti in consorzio è sufficiente che queste notizie siano fornite da uno solo di essi ».

Per il servizio sanitario nel nostro esercito.

Per facilitare il completamento del servizio sanitario nell'esercito furono tenute per cura della Direzione di Sanità del III Corpo d'Armata alcune Conferenze dimostrative sull'organamento di tale servizio in tempo di guerra, e sul materiale di cui esso dispone.

In tali conferenze, che si svolsero nell'Ospedale Militare di Milano, l'egregio maggiore medico dottor Massarotti ha spiegato in tutti i suoi particolari l'impianto ed il funzionamento delle varie unità sanitarie che costituiscono il complesso dei mezzi coi quali l'esercito è preparato a curare perfettamente feriti e malati durante i disastrosi momenti della guerra; dai posti di primo soccorso che si impiantano fra le truppe combattenti in prima linea, ai posti di medicazione improvvisati, agli Ospedali da Campo da cento e duecento letti nella zona di tappa ed agli ospedali di riserva già accaparrati e predisposti in terza zona.

Ed ha poi presentato con brevi e chiare illustrazioni il materiale di medicazione ordinato e raccolto per le varie unità (pacchetti moderni, borse e zaini di sanità e cofani per ospedali), al quale sono ora aggiunti tutti i coefficienti scientifici e pratici che modernamente si impongono nella cura dei feriti e malati; parlando ancora dei varii mezzi di trasporto usati per il pronto e regolare sgombero dei feriti dal campo di battaglia e pel loro passaggio da un Ospedale all'altro secondo che è richiesto dalle loro condizioni o dalle urgenti necessità tattiche della guerra.

Più di cento medici di Milano, fra coloro che non avendo stretto obbligo di servizio militare già si sono inscritti per prestar servizio in caso di mobilitazione, assistevano a queste conferenze, durante le quali — fervendo l'opera di preparazione nei cortili e nei magazzini dell'Ospedale Militare — i colleghi poterono vedere la enorme quantità di materiale già in partenza e l'ordine perfetto con cui tutto è predisposto a cura degli ufficiali medici della nostra Direzione di Sanità militare, in una gara di abnegazione che fa onore a tutta la nostra classe.

Studenti di medicina e Croce Rossa.

Essendo pervenute alla Croce Rossa molte domande d'iscrizione da parte di molti studenti del 4°, 5° e 6° anno di medicina, il Consiglio direttivo della benemerita Istituzione molto opportunamente ha deciso che gli studenti del quarto anno avessero il grado di sergente di assistenza, e quelli di 5° e 6° di maresciallo assistente di sanità, ponendoli così meglio in grado d'integrare l'opera dei medici.

Commemorazione della Croce Rossa.

In tutte le scuole medie italiane si è commemorato il Cinquantenario della Croce Rossa con conferenze improntate a patriottismo e a richiami storici che lasceranno traccie profonde nell'animo delle scolaresche.

La chirurgia di guerra.

A Lendinara (Rovigo) il prof. Ugo Calabrese, per invito del Comitato pro Croce Rossa, teneva una interessante conferenza sulla chirurgia in guerra.

Per i feriti in guerra.

Le Terme Magnaghi di Salsomaggiore hanno messo a disposizione del Comitato locale di preparazione civile un intero speciale reparto del grandioso stabilimento balneare per la effettuazione delle cure gratuite ai feriti appartenenti all'esercito, che ivi fossero nella eventualità della guerra.

Augusto Murri per la guerra.

Augusto Murri, nell'ultima lezione del suo Corso, rispondendo ad una commovente dimostrazione d'affetto, ha ricordato le sue intime convinzioni sulla sciagura dei conflitti armati, che, lungi dall'essere, come stoltamente da taluno si pretende, una necessità umana, devono considerarsi come espressione di perfidia.

E poichè si hanno le prove che da più lustri era risaputa la costante e metodica organizzazione in quella Germania che già Vittorio Alfieri nel 1700 chiamava « una grande caserma », il Maestro, commosso alle visioni ferocemente sanguinose e disumane che disonorano quel popolo, si domandò perchè mai gli assertori del pensiero che ad ogni costo vorrebbe ora opporsi alla guerra, non hanno pensato di elevare prima le loro proteste, anzichè riservare il biasimo nel momento supremo della prova e dei pericoli imminenti.

E dopo un felicissimo confronto fra le nefandità senza nome commesse nel Belgio, e le pretese ingiuste repressioni dei nostri, che in Libia combattevano le barbarie degli arabi, incapaci di ogni civiltà e uniti ai turchi, forti di un odio senza quartiere che mutila e tortura, ha rievocato i ricordi del '49 quando gli austriaci invasero la casa sua; e chiuse fra i commossi vibranti applausi, inneggiando con fede incrollabile alla grandezza dell'Italia.

Corso rapido di profilassi delle malattie infettive.

Ad iniziativa del Ministero dell'Interno e d'accordo col rettore della R. Università di Roma, il 24 del corrente mese s'inizierà un Corso dimostrativo concernente la profilassi delle malattie infettive, per i laureati in medicina e chirurgia. Detto Corso avrà termine il 7 di giugno. Le inscrizioni si ricevono presso l'Istituto d'igiene della R. Università, via Palermo 58, dove si terranno le lezioni dimostrative ogni giorno, eccetto i festivi, alle ore 10 1/2.

Corso per agenti disinfettori.

Per incarico della Direzione Generale di Sanità del Regno, il prof. Tito Gualdi, ufficiale sanitario del Comune di Roma, tiene in questi giorni un breve corso pratico sulle malattie infettive epidemiche, sui mezzi più efficaci di prevenzione e di lotta contro di esse, sulle norme per il trasporto e l'assistenza dei malati contagiosi, sull'impianto di baracche e tende d'isolamento e da campo e l'uso del materiale profilattico regolamentare e sull'esecuzione delle disinfezioni a domicilio e negli stabilimenti.

L'iscrizione e la frequenza sono gratuite.

Gli allievi che, per attitudine, grado di istruzione e professione, verranno riconosciuti idonei alle funzioni di agente di Sanità, infermiere o disinfettore, verranno prenotati per essere assunti in servizio in caso di bisogno, sia dal Comune di Roma, sia per ordine della stessa Direzione di Sanità, per prestare l'opera loro in città oppure nei Comuni della provincia ed eventualmente nelle colonie italiane.

Gli aspiranti alla detta prenotazione, prescelti in numero non maggiore di venti, dovranno presentare apposita dichiarazione per l'impegno di prestazione del servizio dietro invito.

I medesimi, nelle giornate nelle quali, durante il corso di istruzione, dovranno prendere parte ad esercitazioni pratiche manuali, riceveranno una indennità giornaliera di L. 2. Inoltre gli aspiranti inviati dalle amministrazioni municipali della Provincia saranno alloggiati gratuitamente e saranno muniti dei mezzi per il viaggio di ritorno alla propria residenza.

Gli altri allievi ed uditori, non prescelti per il momento pel servizio pubblico, potranno prendere parte alle lezioni dimostrative senza oneri nè diritti.

L'utilità di premunirsi contro la possibilità della invasione di malattie infettive esotiche e della diffusione di quelle nostrali, dacchè l'esperienza c'insegna che purtroppo ciò avviene sempre nei periodi di guerra, è così evidente nel momento attuale da rendere superfluo il lodare questo saggio provvedimento dell'Autorità e il raccomandarne il buon esito.

Per informazioni rivolgersi presso la stazione di disinfezioni in via Merulana, 123.

Corso per infermieri.

A Fontanellato (Parma) nell'ospedale civile « Peracchi » il dott. Antonio De Castro ha tenuto un corso per infermieri.

Il corso, della durata di un mese, è stato frequentato da molti giovani che alla fine sostennero brillantemente le prove di esame dinanzi alla Commissione composta dei dottori A. De Castro, O. Toscani e B. Cavenini.

Propaganda ed organizzazione antitubercolare.

La Lega Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi da qualche tempo va intensificando la sua opera di propaganda e di organizzazione. Nel momento attuale quest'opera della Lega torna assai opportuna, riducendosi ad una altissima forma di preparazione civile, per chi consideri l'enorme spaventosa morbilità e mortalità umana per tubercolosi e il pericolo che tale morbilità e mortalità aumentino in tempo di guerra, così come va accadendo, in modo orribile, tra le nazioni belligeranti.

La Lega va svolgendo efficacemente la sua opera anche nel Mezzogiorno d'Italia. Col primo aprile ne veniva dato specifico ufficiale incarico al prof. Giuseppe Tropeano, docente di Medicina sociale nella R. Università di Napoli. Egli ha presentata alla Commissione esecutiva della Lega la relazione sul primo mese della sua attività. Da questa relazione si rileva la importante opera del prof. Tropeano a beneficio della grande causa. Risulta come siano state da lui già tenute varie conferenze in centri importantissimi del Mezzogiorno (Bari, Barletta, Cerignola, Nocera, ecc.); come siano stati costituiti varî Comitati locali, compiuti e in via di compimento interessanti indagini e studi sull'arduo problema e come vi sia tutto un vasto programma da svolgere.

Sono state fissate per il corrente mese di maggio conferenze ad Avellino, Lecce, Brindisi, Taranto e Salerno.

Per opera della Commissione esecutiva della Lega e specialmente per opera degli on. vice presidenti professor Tamburini e comm. Magaldi e dei segretari proff. Ranelletti e Signorelli, tutte le autorità vengono informate di quest'opera del Tropeano, il quale fa, per giunta, una energica personale preparazione e per le conferenze e pei Comitati.

Il popolo meridionale mostra d'interessarsi fervorosamente alla grande causa. Esso corre numeroso ed imponente alle conferenze e vengono dovunque costituiti con entusiasmo dei Comitati della Lega.

Contro il tifo esantematico.

Per distruggere ed allontanare i pidocchi degli abiti, i quali inoculano il tifo esantematico, sono stati ottenuti risultati eccellenti mercè l'anisolo o fenolo metilico, un prodotto di facile fabbricazione e di poco costo. La sua efficacia antipediculosa venne scoperta per caso dal professor Fränkel, in seguito ad uno scambio, fatto dal suo attendente sul campo, con l'essenza di anice, proposta allo stesso scopo da v. Prowazek.

Economia di amido in Germania.

La « Dermat. Wochenschrift » raccomandava nel n. 15 (10 aprile) di abolire l'uso dell'amido in dermatologia, così da economizzare a scopo alibile i prodotti da cui si ricava. Faceva caldo appello al patriottismo dei medici tedeschi, perchè si attenessero a questa raccomandazione.

Il prof. Unna torna ora nella stessa rivista (n. 20 del 10 maggio) su questo argomento; egli espone una serie di considerazioni e di proposte concrete.

Ricerca di medici in Serbia.

Il Governo della Serbia, che aveva già fatto ricerca di veterinari, ora si è rivolto ufficialmente al Direttore dei servizi sanitari degli eserciti francese, inglese e russo, dimostrando la impossibilità in cui si trova per scarsezza di sanitari, di combattere le epidemie di tifo esantematico, di vaiuolo e di febbre ricorrente che infieriscono nell'armata e nella popolazione civile. Il Governo della Serbia chiede a ciascuno dei tre Stati 100 medici, cui assicura condizioni economiche e di carriera veramente vantaggiose.

Rassegna della stampa medica.

Paris Méd., 27 feb. Medicina di guerra.

Riv. di Storia Crit. delle Sc. Mediche e Natur., genn.-febbr. BILANCIONI: Un nemico e una vittima del salasso.

Rev. Clin. de Madrid, 28 febbr. SANZ: La psichiatria in guerra.

Folia Med., 28 febbr. DE RENZI: Suoni e rumori cardiaci. — MESSERI: L'urobilinuria nella gravidanza.

L'Igiene Soc., II. SANARELLI: Il retaggio patologico del secolo XIX.

Psiche, genn.-marzo. LUTOSLAWSKI: Psicofisica integrale. — DE SARLO: I metodi della psicologia. — BONAVENTURA: Sulle illusioni dell'introspezione.

Tumori, genn.-febb. FAMBRI: Anatomo-patologia dei tumori maligni eteroplastici. — FALCO: Peritelioma dell'ovaio. — NIOSI: Steatosi da lipoidi birifrangenti (xantomatosi) in un lipoma calcificato del cordone spermatico.

Berl. Klin. Woch., 1 marzo. UNNA: Aforismi di guerra di un dermatologo. — HEINSINS: Il trattamento operativo e la guarigione dell'estrofia vescicale. — FLEISCHHAUER: Le ferite dei nervi.

Klin.-ther. Woch., 1-8 marzo. PAUL: Vaiuolo e lotta contro il vaiuolo.

La Stomatol., 1 marzo. GRAZIANI: Calcolo del dotto di Wartorm.

La Pediatria, marzo. CANNATA: La colesterina del siero di sangue nell'eredosifilide. — FINIZIO: L'acido cloridrico libero nel contenuto gastrico del lattante. — FONSO: L'appendicite nei bambini.

The Practitioner, marzo. EDWARDS e a.: Sul trattamento delle emorroidi. — SHAW: Paralisi cerebrali d'origine uremica. — ABRAHMS: Errori diagnostici comuni. — FINZI: I recenti progressi della radiologia e dell'elettrologia. — OLIVER: L'eclampsia.

Münch. Med. Woch., 2 marzo. BAUMLER: Il pneumotorace tardivo dei feriti al torace in guerra. — KAUFMANN: Sulla terapia della polmonite crupale. — NONNE: La terapia delle malattie nervose sifilogene.

Jahresk. f. ärztl. Fortb., marzo. STRAUSS: Il sistema digerente in guerra. — STRAUSS e LEVA: Pancreas. — RIEBTER e HUETHYL: Malattie del ricambio.

La Presse Méd., 4 marzo. GAY: Trattamento pratico della febbre tifoide nelle armate.

Wien. Klin. Woch., 4 marzo. CSERNEL, MÀRTON, FEISTMANTEL: Vaccinoterapia e vaccinoprofilassi del tifo.

Gazz. d. Osp., 4 marzo. BOSSI: Può ancora essere indicata la castrazione quale cura dell'osteomalacia? — 7 marzo. GREGGIO: Ulcera gastrica sperimentale da lesione del vago.

Pathologica, 1 marzo. RAMOINO: Sulle alimentazioni incomplete. — VOLPINO: Sul monofagismo.

Riv. di Ig. e San. Pubbl., 1 marzo. BERTARELLI: Le epidemie della guerra.

Il Cesalpino, 1 marzo. PERI: Postumi delle lesioni dell'epididimo e del testicolo.

Rev. del Circ. Méd. Argentino, nn. 156-161. GUTIÉRREZ: Sopra un'anomalia renale. — LINDSAY: La contagiosità della lebbra. — AGANARAZ: Semeiologia della pupilla. — HITCH e BUZZI: Difficoltà diagnostiche nella localizzazione dei tumori addominali. — RAMON Y CAJAL: Le qualità morali dello scienziato.

La Rif. Med., 6 marzo. LUCCIARINI: Batteriemia tubercolare.

Berl. Klin. Woch., 8 marzo. JEGER: Metodo semplificato di terapia endovenosa. — MUENZER: La psiche dei feriti. — GOLDSCHEIDER: Il tetano sul campo.

Giorn. Italiano d. Mal. veneree e della pelle, I. PORTA: Le myiasi cutanee nell'uomo. — COPELLI: Purpura anularis teleangiectodes (Majocchi).

Bull. de l'Ac. de Méd., 9 marzo. PARISOT e SIMONIN: Congelazioni in guerra.

La Presse Méd., 11 marzo. Medicina di guerra.

Journ. d. Prat., 13 marzo. CHAUFFARD: Le cisti del pancreas.

Pensiero Med., 14 marzo. TANSINI: Sul mio processo di operazione radicale per il cancro della mammella. — DELLA TORRE: Sui diverticoli della vescica.

Lo Sperimen., I (15 marzo). BOSELLINI: Tubercolidi lichenoidi a tipo Wilson. — MARASSINI: Proliferazioni epiteliali atipiche e loro meccanismo di formazione. Natura dei virus filtrabili.

Riv. crit. di Clin. Med., 13 marzo. TALLARICO: La terapia purgativa per via ipodermica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Pubblicazione di attualità:

Dott. G. MENDES - **Capitano Medico del 2° Reggimento Granatieri, già Aiuto negli Ospedali di Roma.**

MANUALE di Medicina e Chirurgia di guerra

Elegantissimo volume tascabile di circa 300 pagine, con 20 figure intercalate nel testo e una tavola a colori. — Prezzo L. 5.
Questo interessante libro che l'egregio nostro collaboratore ha cortesemente aderito di compilare pei lettori del POLICLINICO, e che nell'attuale momento acquista un'importanza tutta speciale, sarà da noi spedito immediatamente, quale

PREMIO STRAORDINARIO

a tutti quei nostri associati che aggiungeranno sole

Lire 2

all'importo del loro abbonamento per il 1915 e che lo invieranno subito mediante cartolina vaglia.
Gli abbonati che hanno già pagato l'abbonamento potranno avere il *Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra* allo stesso prezzo ridotto, inviando subito una cartolina vaglia di **L. 2** al **prof. Enrico Morelli, Via del Tritone, 46, Roma.**
I nostri lettori possono formarsi un concetto esatto dell'utilità e dell'importanza di questo nostro semidono, esaminando il Sommario del Manuale, riportato nella prima pagina del Fascicolo 11°, Sezione pratica.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

LAVORI ORIGINALI.

OSPITALE CIVILE DI SUZZARA.

La cura razionale delle ustioni

per il dott. GIUSEPPE FRATTIN
docente nella R. Università di Modena,
chirurgo primario.

La lettura di una nota riassuntiva in uno dei più recenti numeri della Sezione pratica del *Policlinco* (1), mi ha determinato a rendere più noto un processo che da qualche tempo ho adottato nella cura delle scottature, e che mi ha dato i risultati più lusinghieri, veramente brillanti.

La lodevole preoccupazione di attutire sollecitamente il dolore; di diminuirlo nell'atto di rinnovare le medicature; di facilitare il progresso della rigenerazione epiteliale, ha suggerito di limitare la cura delle scottature alla applicazione di sostanze grasse, coadiuvate da topici di più o meno vantata fama.

Oggi ancora, coll'aggiunta di qualche aspersione di liquido antisettico, questa è la cura più comunemente usata.

I risultati di questo trattamento, da me stes-

(1) Anno XXII, fasc. 14, 4 aprile 1915, pagina 468: «Cura semplice ed efficace delle scottature» (G. Kuss, *Journal des praticiens*, 1914).

so per lungo tempo seguito, sono veramente sconfortanti.

Contrariamente alle esposte premesse, le medicazioni, che devono essere ripetute almeno una volta al giorno, riescono dolorosissime; un grado più o meno elevato di rialzo termico è costante per lungo tempo; per poco che le ustioni siano estese, lo stato generale viene profondamente depresso. Localmente, poi, dalle zone più profondamente lese si origina un processo suppurativo che tende ad estendersi; le scottature di secondo grado si identificano, dopo poco, con quelle di terzo grado, sotto forma di una vasta superficie suppurante, che solo lentamente si va modificando in una piaga granuleggiante. La cura è lunga, demoralizzante del pari per il malato e per il chirurgo; finalmente la guarigione si ottiene a prezzo di cicatrici spesso orribilmente deformi.

Già parecchi anni fa, poco soddisfatto di un tale procedimento, avevo provato, dopo qualche giorno della solita cura, a lavare con acqua e sapone la regione ustionata, e, dopo averla asciugata e cosparsa di polvere indifferente, a ricoprirla con una medicazione sterile asciutta; ma il dolore vivo che, per quanto sobrie e delicate fossero le manualità dell'operazione, si cagionava così all'ammalato non mi pareva sufficientemente compensato dai vantaggi, a vero dire assai mediocri, che da quella incompleta pratica si ottenevano.

Certamente non ignoravo l'eccellente *Trattato di chirurgia d'urgenza* del Lejars; ma fu soltanto nel corso di recenti ricerche bibliografiche su questo argomento che mi accadde di fissare la mia attenzione sui suoi precetti riguardo la « cura asettica delle bruciature » (1).

La pratica efficacia della descrizione del processo da lui usato e la sua corrispondenza colle mie idee generali e coi tentativi da me altra volta istituiti, mi indussero ad esperimentarlo.

Poichè, pur seguendo le fondamentali direttive del Lejars, ho modificato, o precisato, qualche momento della cura in base a concetti personali e ai graduali risultati della mia esperienza, descrivo, senz'altro, il metodo, come è ormai da me e dai miei assistenti correntemente praticato.

L'ammalato, portato sul tavolo di medicazione, è, per poco che le sue lesioni siano di qualche estensione e gravità, immediatamente sottoposto all'anestesia generale.

Con abbondante acqua calda e sapone incomincio il metodico lavaggio del tegumento sano largamente circostante alla regione ustionata, e poi del territorio stesso della scottatura; dopo una prima pulizia, prendo una spazzola bollita e la passo accuratamente all'intorno e al disopra della superficie lesa. Qui la spazzola è maneggiata con maggiore delicatezza, ma non deposta; solo quando si tratti di regioni normalmente ricoperte di tegumenti assai delicati, o al disopra di bruciature molto profonde, essa cede il posto ad una compressa asettica, imbevuta di acqua e sapone, il cui uso, del resto, generalmente si alterna, a seconda dell'opportunità, a quello della spazzola o della mano libera. Sotto l'azione della spazzola larghi lembi di flittene si staccano; dove queste maggiormente resistono, non esito, a meno che non si tratti di bolle insignificanti, ad aprirle e a reciderle alla loro base colle forbici, per liberarne assolutamente il campo.

Il conservare le flittene, anche se recenti ed intatte, o il vuotarle semplicemente con una puntura, se poteva costituire una benefica pratica protettrice in riguardo alla poca proprietà dei trattamenti comuni, perde, a mio avviso, ogni vantaggio di fronte alla cura asettica.

La riparazione epiteliale proviene dai margini dell'epidermide circostante alla bolla e dagli strati epiteliali più profondi, che, se anche non sempre in continuità di superficie, sogliono tuttavia sussistere al fondo della bolla stessa.

Gli strati epiteliali sollevati dalla essudazione sierosa non vi hanno alcuna importanza; e, lungi dal potersi considerare come adatti ad una specie di reinnesto, sono costantemente destinati a scomparire.

Non credo che il conservare questi brandelli di tessuto inerte, non suscettibili di essere puliti a fondo, e ingombranti per ciò che riguarda la pulizia delle parti circostanti, possa presentare qualsiasi vantaggio; mentre eventuali germi già penetrati nelle flittene, o per precedenti lacerazioni o punture, oppure per migrazione attraverso gli strati dell'epitelio sollevato e disorganizzato, possono destarvi una infiammazione purulenta, compromettendo il risultato della cura.

In conseguenza, trovo logico ed opportuno il passare, sia pure con maggiore delicatezza, la spazzola sopra la stessa superficie ustionata, perchè, mentre l'epitelio già sollevato, e quindi inutile o dannoso, verrà con ciò più facilmente allontanato, gli strati epiteliali rimasti in sito non saranno per nulla lesi da questa pratica, se convenientemente e prudentemente eseguita.

(1) F. Lejars, *Trattato di chirurgia d'urgenza*, trad. di A. e C. Ceccherelli, seconda edizione italiana sulla quinta francese. Milano, Vallardi, parte II, pag. 1158.

Il Lejars, a sua volta, fa risalire la priorità del metodo alla signora Nageotte-Wilbouchewitch, per la sua tesi di laurea (Traitement antiseptique des brûlures), pubblicata nel 1893.

Queste manovre possono prolungarsi per un quarto d'ora, mezz'ora o più, a seconda dell'estensione delle lesioni e del grado di imbrattamento; dopo ciò, bandito assolutamente ogni antisettico, irrigo abbondantemente con soluzione fisiologica sterile tiepida. Asciugo sommariamente con batuffoli di garza asettica; copro tutta la superficie interessata con compresse di garza sterili e asciutte, alle quali sovrappongo un abbondante strato di ovatta; e fascio molto accuratamente con bende idrofile, senza interposizione di alcuno strato impermeabile.

È importante che il bendaggio, pur senza essere rigorosamente contentivo, opponga una sufficiente limitazione ai movimenti delle membra lese; così, p. es., nelle estese scottature dell'arto superiore questo viene con vantaggio fissato al torace; nelle ustioni della mano si può intercalare tra i giri di benda una ferula adatta, e così via.

I piccoli bambini, con ustioni dell'addome e delle coscie, vengono molto convenientemente immobilizzati sopra un lettino-telaio, eguale a quello che usiamo per i piccoli operati di ernia. Le ustioni interessanti i genitali, il perineo, i contorni dell'ano, la radice delle coscie, vengono in questi casi trattate allo scoperto: dopo ogni urinazione o defecazione le parti sono lavate con soluzione fisiologica, leggermente asciugate con garza asettica, cosparse di polvere indifferente (1).

Lo stesso trattamento viene applicato anche su ammalati che vengono condotti all'ospedale qualche giorno dopo l'accidente, e quando pure siano state iniziate le consuete cure a base di topici. Spesso si trovano allora flittene già purulenti, e, in generale, le prime sfavorevoli conseguenze della iniziata suppurazione; è meraviglioso, tuttavia, come, subito dopo la applicazione del trattamento più razionale, lo stato generale dell'ammalato si modifichi nel modo più propizio, e mutino radicalmente le condizioni locali, con un rapidissimo miglioramento.

La cura consecutiva è delle più semplici.

Di solito il decorso è apirettico; se l'ammalato era febbricitante al suo ingresso, la temperatura si abbassa subito dopo la cura; fin dal primo ridestarsi dal sonno anestetico l'ammalato è libero da ogni sofferenza.

La prima medicazione può restare vantaggiosamente in sito per 8-10 giorni; le compresse, in parte aderenti, vengono allora facilmente allontanate sotto un getto di soluzione fisiologica sterile tiepida.

(1) Ci troviamo bene colla seguente formola: Talco veneto, gr. 100; licopodio, gr. 10; dermatolo, gr. 2; ossido di zinco, gr. 8.

A quest'epoca le ustioni di primo e secondo grado sono già guarite quasi completamente; i punti più profondamente lesi (terzo grado) appaiono bene granuleggianti. Si asciuga leggermente; si sparge un po' di polvere indifferente e si rinnova la medicazione. Spesso è già possibile limitarne l'estensione, per lasciare allo scoperto i tratti ormai guariti. In seguito, salvo casi speciali, basta cambiare la medicazione due volte alla settimana.

La guarigione si ottiene in brevissimo tempo, e — eccettuate necessariamente le più profonde lesioni di terzo grado, il cui decorso può essere, del resto, migliorato da opportune applicazioni di innesti — senza deformità cicatriziali. Ricordo volentieri il caso di una giovinetta, nella quale, oltre ad altre ustioni del torace e degli arti superiori, tutta la metà sinistra della faccia e delle labbra era sollevata in una enorme flittena: queste lesioni guarirono completamente in una diecina di giorni e senza la minima deformità.

La mia esperienza, per quanto non ancora molto estesa, è più che sufficiente per consentirmi di apprezzare e di raccomandare caldamente il metodo, che risponde alle più moderne esigenze della nostra arte, e che è destinato a redimere un grande numero di infortunati da lunghe atroci sofferenze e da danni irreparabili.

MEDICINA CASTRENSE.

La sordità in guerra.

(LERMOYEZ. *La Presse médic.*, n. 8, 1915).

Oltre la sordità prodotta da lesioni dirette dell'orecchio o delle sue vicinanze, la guerra può provocare una sordità traumatica indiretta in rapporto alle esplosioni. In questi casi ciò che abolisce l'udito è lo spostamento improvviso dell'aria che si precipita nel condotto uditivo e colpisce il timpano.

Il suono non è come la luce una forma di energia; è semplicemente una sensazione soggettiva, specificamente interpretata dai centri nervosi quando l'energia meccanica colpisce l'orecchio con una periodicità determinata. La luce è un'ondulazione dell'etere, un mezzo immateriale; ma sopprimendo l'occhio, essa continua ad esistere, a decomporre i sali di argento, a provocare l'esplosione dei miscugli di cloro ed idrogeno. Il suono è il risultato di una vibrazione di mezzi materiali e sopprimendo l'orecchio il suono non esiste più, resterà solo il movimento. Tuttavia non tutti i movimenti dell'aria, che colpiscono l'orecchio, provocano il

suono; perchè si abbia la sensazione sonora è necessario che i movimenti dell'aria abbiano la forma di oscillazioni periodiche, e che questa periodicità oscilli tra 32 e 22,000 vibrazioni per minuto secondo.

Quando un obice scoppia in vicinanza dell'orecchio può lederlo con due meccanismi differenti:

a) il rumore intenso mette sintonicamente l'apparecchio uditivo in vibrazione esagerata ed inibisce il nervo acustico, come una luce intensa abbaglia il nervo ottico. Si produce così una sordità funzionale, che scompare, senza lasciare altri disturbi, in qualche giorno;

b) l'aria spostata è violentemente proiettata nel condotto uditivo, dove non potendo distendersi si condensa e si abbatte sul timpano che trasmette la spinta al labirinto. In questo caso non è il rumore, ma è il vento dell'esplosione che traumatizza l'orecchio producendo lesioni gravi che persistono quasi indefinitamente. Questa condensazione brusca di aria nel condotto uditivo si verifica sopratutto nelle esplosioni in spazi chiusi, dove l'espansione del gas non si può produrre liberamente. Ed è perciò che questo tipo di sordità si osserva in seguito allo scoppio delle bombe nelle trincee più che dopo un cannoneggiamento in aperta campagna.

La funzione dell'orecchio medio, come è noto, è quella di trasformare i movimenti di grande ampiezza, di piccola forza, e quindi trasformare le vibrazioni del timpano in movimenti di piccola ampiezza e grande forza allo scopo di vincere l'inerzia dei mezzi liquidi dell'orecchio interno. La catena delle ossicine disposte a leva di secondo genere produce questo aumento di forza in ragione di 1 a 30. Per cui i minori effetti dannosi delle esplosioni si hanno quando questo sistema di amplificazione timpano-osseo funziona male. La prognosi delle funzioni uditive è perciò differente a seconda che il timpano resiste o cede allo scoppio.

*
* *

Quando il timpano resiste, tutta la forza viva dell'esplosione è trasmessa moltiplicata 30 volte al labirinto. Si produce allora una commozione labirintica a lesioni varie come quelle che seguono a violente contusioni del cranio. È interessato tanto il labirinto anteriore che quello posteriore: si hanno disturbi dell'udito e dell'equilibrio. Naturalmente il decorso e la prognosi varia a seconda il grado di violenza e la prossimità dell'esplosione, la disposizione anatomica del condotto uditivo ed il suo contenuto in cerume, che tende a smorzare gli effetti dello scoppio, lo stato psichico del soggetto a seconda che egli attende o non l'esplosione. La commozione labirintica così prodotta può essere lieve e grave.

Nella forma lieve si ha dapprima una specie di assordimento, a cui segue una penosa sensazione di pienezza nelle orecchie, un rumore musicale, come un volo di mosche, una deambulazione titubante. Intanto non esiste nè otalgia, nè otorrea, nessuna lesione all'esame otoscopico. È uno stato più molesto che doloroso, che dura qualche giorno, talora qualche settimana: le vertigini scompaiono, l'udito si ristabilisce, ma il ronzio può persistere indefinitamente. Per quel che riguarda la terapia di questo stato è sufficiente il riposo: calma, immobilità, silenzio e qualche dose di bromuro. I soggetti possono riprendere il loro servizio nel periodo medio di un mese. Le loro orecchie devono essere protette da un tampone di ovatta introdotto nel condotto uditivo.

Nella forma grave l'individuo al momento dell'esplosione cade a terra, talora incosciente. Rinvenuto egli non sarà in grado di risollevarsi; bisognerà sollevarlo, sostenerlo perchè egli barcolla, la sua testa è pesante, ha nausee e vomito. Durante qualche giorno rimane immobile, silenzioso, ansioso. Il più piccolo movimento della testa gli produce un accesso di vertigini con sudori freddi, nausee, angoscia precordiale, vomito. Poi questi fenomeni si attenuano: lo stato vertiginoso in un periodo di tre a sei mesi scompare, tuttavia i movimenti bruschi di rotazione, il salire una scala, lo sporgersi da un luogo elevato produrranno forti disturbi dell'equilibrio; il ronzio diminuisce, ma la sordità persiste, talora solo per una certa estensione della scala tonica (sordità tonale d'Escat).

All'esame otoscopico si rilevano sul timpano dei punti emorragici, il che fa pensare che anche nell'orecchio interno si son prodotti degli ematomi.

L'acumetria mette in evidenza una sordità labirintica pura.

La prognosi di questa affezione per quel che riguarda la funzione uditiva deve essere sempre riservata, tanto più che la sordità può andare aggravandosi successivamente ed anche comparire tardivamente. Questi feriti ad ogni modo non possono essere rimandati sul fronte senza pericolo per loro e per i loro commilitoni. La cura di queste forme è costituita dal riposo il più assoluto: l'infermo dovrà essere tenuto in una camera silenziosa, oscura. Non gli dovrà essere somministrato nessun alimento, e tanto meno bevande alcooliche. Sull'apofisi mastoide si applicherà una borsa di ghiaccio ed all'occorrenza delle sanguisughe; sull'epigastrio per combattere le nausee si applicheranno delle carte senapate o una borsa con acqua calda.

Il trattamento è completato da una iniezione di 1 cgr. di morfina ripetuta mattina e sera. Successivamente quando i fenomeni acuti saranno attenuati si prescriverà del bromuro di potassio. Per la sordità residuale si può tentare la cura stricnica ad alte dosi.

* * *

Lo scoppio di una mina, di un bomba può provocare la rottura del timpano; la sindrome che ne seguirà sarà diversa a seconda che la rottura riguarda una membrana normale, o una membrana deformata.

La rottura di un timpano normale è rara, perchè la sua elasticità lo protegge assai bene dallo scoppio.

Tuttavia quando si verifica, la forza viva della spinta gassosa è quasi totalmente assorbita dal lavoro di rottura della membrana, e la commozione labirintica non si produce o è leggera.

La rottura di un timpano deformato è più frequente perchè le cicatrici distruggono la elasticità della membrana. Data la scarsa resistenza la forza viva della spinta aerea non è gran che indebolita e produrrebbe gravi effetti sul labirinto se questo non fosse protetto efficacemente da un'altra condizione, che suole accompagnare le deformazioni timpaniche: l'anchilosi delle ossicine. La catena delle ossicine inerte e rigida è incapace a trasmettere l'urto esplosivo.

Ad ogni modo nei due casi, con qualche leggera differenza, i sintomi sono quelli non di una commozione labirintica, ma di un traumatismo timpanico. Il dolore improvviso od il rumore sordo del timpano che si lacera si diffondono nella profondità di una o di tutte e due le orecchie; del sangue gocciola dai meati uditivi. La sofferenza è talora così acuta da provocare una sincope; ad ogni modo essa dura poco, e la debole otorragia dura qualche ora.

L'esame otoscopico fa rilevare a seconda del tempo in cui è praticato un grumo o una crosta di sangue che copre il timpano. Dopo avere asportato a secco i residui dell'emorragia, la membrana si presenta in uno dei due aspetti seguenti: *a*) se la rottura si è verificata sopra un timpano normale si vede una lacerazione lineare, una fessura che segue la direzione delle fibre radiate, con sede in vicinanza dell'ombellico, con margini lacerati infiltrati di sangue; *b*) se il timpano rotto era già alterato si vedono una o due perforazioni rotonde o ovali: i loro bordi lisci, spessi, grigiastri fanno pensare che essi limitavano precedentemente delle fosse atrofiche che lo scoppio ha fatto saltare. In questo ultimo caso il dolore e l'emorragia sono molto attenuati, e la sordità preesistente aumenta di poco. La prognosi di queste forme è unicamente in rapporto al trattamento, che deve consistere unicamente nel porre un tampone di ovatta nel condotto uditivo.

Ogni altro intervento a base di iniezioni detersive e di istillazioni antisettiche può far comparire l'otorrea e le sue complicazioni craniche. Ben curati i soldati affetti da rottura traumatica indiretta del timpano possono dopo un mese circa ritornare sul fronte. Ma quando la perforazione del timpano persiste e l'orecchio medio quindi è esposto ai pericoli di infezione, conviene inviare i malati ad un ufficio più che ad una trincea.

DRAGOTTI.

Le automutilazioni in guerra.

Dopo la battaglia di Lutzen e Bautzen nel 1813 alcuni generali riferirono a Napoleone che più di 2000 uomini si erano volontariamente mutilati. L'imperatore dette ordine che uno su venti di questi mutilati fosse fucilato. Ma Larrey, il grande chirurgo, l'organizzatore e l'anima del servizio sanitario delle armate napoleoniche, impressionato per il numero dei mutilati, corse al quartiere generale, domandò un'udienza all'imperatore e implorò per quei disgraziati un supplemento d'inchiesta.

Napoleone corrucciato accolse molto freddamente Larrey, ma la sua collera si calmò di fronte alla calma ed alla fierezza del grande chirurgo, del quale egli aveva apprezzato il coraggio o la devozione su tutti i campi di battaglia. « Sì, rispose, l'ordine sarà sospeso per qualche giorno, ma fate il vostro dovere e portatemi subito il vostro rapporto ».

L'indomani fu istituita dal Corpo di Stato Maggiore una Commissione, di cui faceva parte il Larrey, e che doveva accertare le cause delle lesioni presentate dai presunti auto-mutilati.

Si potette così assodare che questi traumatismi si erano prodotti nel montare sulle pendici dirute delle colline conquistate. La fanteria imperiale nel far ciò si disponeva in tre file per modo che i soldati della prima si trovavano in una posizione più alta di quelli della seconda e della terza fila. Così i soldati delle file inferiori tirando colpivano le mani dei commilitoni situati più alto.

La direzione di queste ferite che interessavano sopra tutto la faccia dorsale delle mani, l'assenza di tatuaggio dovuta alla relativa distanza della bocca del fucile, infine la posizione relativa dei tiratori convinsero i commissarî che si trattava di mutilazioni involontarie.

Larrey giubilante si precipitò al quartier generale e domandò di essere presentato al pa-

drone del momento. Sulla soglia della porta l'imperatore fissando il suo grande chirurgo gli disse: « Ebbene, Larrey, siete ora convinto della colpabilità dei mutilati? » « No, sire, essi non sono colpevoli, e per assicurarvene degnatevi di dare uno sguardo a questa relazione ».

L'indomani Larrey fu invitato in tutta fretta al quartiere generale, dove fu ricevuto dall'imperatore con un sorriso di soddisfazione. Napoleone prendendogli le mani gli disse: « Grazie, mio caro Larrey, l'imperatore è felice di avere alla sua dipendenza degli uomini come voi ».

Bonnette ricorda questo episodio per raccomandare nei casi di sospetti di auto-mutilazione la maggiore prudenza prima di affermare la colpabilità dei soldati.

Prudenza che è tanto più necessaria in quanto che se è molto deplorevole che si facciano condannare degli innocenti, d'altra parte è molto pericoloso per la disciplina dell'esercito lasciare impuniti i veri colpevoli.

Durante le guerre accade talora che i soldati pur di sottrarsi ai loro doveri e far ritorno in famiglia si mutilano volontariamente i piedi o le mani. Queste mutilazioni volute, premeditate, si osservano sopra tutto al principio delle ostilità, al momento del primo battesimo del fuoco, quando la mitraglia che crepita, gli obici che scoppiano provocano una depressione morale che fa fremere l'organismo di fronte all'orrore istintivo della morte.

L'esempio di queste mutilazioni è molto contagioso, sopra tutto quando restano impunite, e perciò è necessario sventarle, reprimerle con rigore.

Se infatti qualche soldato riesce per questo motivo a farsi mandare lontano dal fronte, per l'inesperienza dei medici militari, queste mutilazioni volontarie non tardano a riprodursi, a creare dei serii imbarazzi al comando. Perciò per tutte le ferite da proiettile alle mani o ai piedi bisogna fare un esame attento, un interrogatorio accorto sulle circostanze del traumatismo e la posizione del colpito al momento in cui ricevette il proiettile.

Il segno caratteristico di un colpo d'arma da fuoco tirato *à bout touchant* è il tatuaggio di grani di polvere incompletamente bruciati, che circonda come un collare l'orificio di entrata. Queste incrostazioni sono intradermiche ed anche con un lavaggio accurato non si riesce ad asportarle.

Inoltre le labbra dell'orificio d'entrata sono circondate di un piccolo orlo nerastro, dovuto al fatto che il proiettile sporco per la deflagrazione del gas si pulisce sulla pelle che esso punge e distende prima di attraversarla, grazie all'elasticità del tessuto cutaneo.

Questi due segni permettono di stabilire che il colpo è stato tirato a canna avvicinata alla pelle, ma l'inchiesta medico-militare deve poi accertare le circostanze che hanno accompagnato il traumatismo.

Le ferite accidentali delle mani analoghe a quelle volontarie si osservano principalmente nelle lotte a corpo a corpo, quando mentre uno degli avversarî stringe la canna dell'arma l'altro fa partire il colpo; nel passaggio di un ostacolo (muri, siepi, ecc.), quando il fucile carico è momentaneamente abbandonato, e poi ripreso per l'estremità della canna, in questo movimento un ostacolo può far scattare il grilletto; infine le ferite sono a livello dei piedi quando inavvertentemente si appoggia su di essi un fucile carico.

In generale il tragitto di questi traumatismi accidentali ha una direzione più capricciosa di quello delle mutilazioni volute, premeditate, che hanno localizzazioni più nette ed in luoghi di elezione.

Le ferite delle dita e delle mano dovute ai tiri del combattimento sono d'ordinario dorso-palmari, mentre quelle volontarie interessano sopratutto la faccia palmo-dorsale del pollice, dell'indice e del medio, ed anche la palma della mano in vicinanza della testa dei metacarpi.

Più raramente queste lesioni si constatano al livello del grosso dito del piede calzato o non.

Nel primo caso è necessario esaminare la scarpa il cui cuoio perforato impedisce la formazione del tatuaggio sulla cute. D'altra parte la direzione verticale della ferita parla in favore di un traumatismo volontario, che altrimenti non si potrebbe spiegare se non con un colpo d'arma da fuoco ricevuto verticalmente dal piano d'una casa.

Alcuni uomini affermano di avere ricevuto il colpo portando il fucile armato appeso alla spalla con la canna diretta verso il suolo, ma in questo caso è quasi sempre il quinto piede quello colpito.

Ad ogni modo l'osservazione di parecchi casi identici deve richiamare particolarmente l'attenzione dei medici, perchè le mutilazioni volute, premeditate, compaiono spesso a gruppi ed a sbalzi.

Infine le ferite palmo-dorsali prodotte dalle palle tirate a bruciapelo sono generalmente nette, con frangie cutanee molto lievi alla faccia dorsale.

Ad onta di tutti questi caratteri differenziali tuttavia spesso riesce assai difficile, se non impossibile, venire a capo della verità.

Per risolvere il problema, la cui soluzione spesso importa terribili conseguenze, è necessario che il medico proceda ad un abile interroga-

torio del soggetto, si circondi di tutte le garanzie (circostanze precise, posizione del ferito al momento dell'accidente, rapporto dettagliato dei testimoni oculari, condotta abituale del paziente, ecc.), sorprendere le contraddizioni, le impossibilità materiali, perchè, malgrado la loro sicurezza al principio, gli auto-mutilati spesso finiscono per capitolare, confessare e deplorare il loro atto irriflessivo, e raccomandarsi al medico perchè non lo denunzî al comando.

Un atto di clemenza in tal senso in tempo di guerra è certo pericoloso, ma è pure certo che nei casi dubbî ogni prudenza non è mai soverchia. Ed anche nei casi di mutilazione che paiono sicuramente accertati è indispensabile sempre praticare dopo il primo un secondo esame di controllo da parte di altri medici.

Questo controllo è necessario non per impedire la repressione energica e rapida delle mutilazioni volontarie, ma per dare la maggiore garanzia ad un giudizio delicato e terribile per le conseguenze gravi cui va incontro il colpevole.

DR.

La diagnosi e la profilassi del tifo petecchiale.

(W. PISEK. *Allgemeine Wiener mediz. Zeitung*, 1915, n. 1-2).

Quantunque le terribili epidemie di tifo esantematico, che dalle guerre napoleoniche a tutta la prima metà del secolo scorso infierirono in Europa, non si siano più verificate, pure qua e là se ne son sempre avuti dei casi e l'A. ha avuto occasione di osservarne parecchi in Galizia. Ed in un periodo di guerra, come l'attuale, l'attenzione dei medici è naturalmente richiamata sulla possibilità delle epidemie che accompagnano ordinariamente le guerre, e sopratutto del tifo esantematico che fin dai tempi antichi era chiamato tifo di guerra.

Hildebrand in un lavoro pubblicato a Vienna nel 1810 « Uber den austecken den Typhus » accennò alle differenze tra il tifo addominale, il tifo ricorrente ed il tifo petecchiale. Ma spetta a due medici americani il merito di aver posto le basi sicure della teoria della differenza tra il tifo addominale e quello petecchiale, teoria che fu poi confermata ed ampiamente illustrata dai lavori di Louis, Griesinger, Wunderlech, Liebermeister e Virchow.

Come per tutte le malattie infettive acute e soprattutto per quelle molto contagiose (ed il tifo petecchiale appartiene a questa categoria) l'elemento più importante per una efficace profilassi e per la terapia è l'accertamento precoce della malattia. La diagnosi non offre difficoltà quando la malattia si presenta in casi numerosi e con carattere epidemico, ma più difficile e talora difficilissima è la diagnosi dei casi sporadici, e l'accertamento dei primi casi di una epidemia di tifo petecchiale. Poichè non conosciamo gli agenti specifici della infezione (i protozoi di Gotschlich, i batterî di Hlavas, gli spirocheti di Lewaschew, i bacilli di Horinchi non si possono considerare come patognomonici) la diagnosi deve esser fatta esclusivamente sulla sintomatologia clinica, che nella maggioranza dei casi si fonda sui seguenti caratteri:

1° Inizio improvviso della malattia con brividi ed alta temperatura; delirî fin dai primi momenti;

2° Curva caratteristica della temperatura;

3° Esantema specifico.

1. — Gli ammalati affermano che fino a 2-3 giorni prima si sentivano perfettamente bene. Compare cefalea intensa, notevole prostrazione, che aumenta gradatamente fino alla completa impotenza; in principio il sensorio è del tutto normale e negli organi interni non compaiono alterazioni clinicamente apprezzabili. È notevole il fatto che tanto al principio che nel decorso della malattia c'è una sproporzione tra il reperto obbiettivo e le sofferenze accusate dall'infermo.

2. — La temperatura fin dai primi due giorni raggiunge di solito i 39-40 gradi. Contrariamente a quanto avviene nel tifo addominale la frequenza del polso aumenta proporzionalmente alla temperatura. Ordinariamente la febbre continua con remissioni mattutine molto leggere, che spesso mancano del tutto. In media dopo 10-14 giorni la temperatura scende con una lisi in 2-3 giorni. Raramente la temperatura cade con crisi. Eccezionalmente anche in casi senza complicanze di pulmonite, di endocardite o di affezioni delle vie urinarie la temperatura può mantenersi alta anche per 3-4 settimane.

3. — In mancanza di reperti batteriologici e serologici sicuri l'unico mezzo diagnostico rimane in ogni caso l'esantema. Già al terzo giorno, ordinariamente al quarto o al quinto, di raro più tardi, compaiono alle regioni laterali del torace, agli avambracci, alle gambe, al dorso delle mani e dei piedi, macchie di un rosso pallido, grandi come una capocchia di spillo o tutt'al più come una lenticchia. I margini sono sfumati, il centro è emorragico e quindi non scompare sotto la pressione. Solo eccezionalmente l'A. vide di tali macchie al volto. Spesso alla seconda settimana l'esantema diventa un po' livido, più tardi bruniccio, e dopo 12-14 giorni non rimangono che delle tracce di pigmentazione.

L'esantema è spesso molto abbondante, specialmente alle estremità, ad ogni modo rimangono sempre libere parti più o meno larghe di cute, come in un esantema morbilloso di media intensità.

È caratteristica per il tifo petecchiale la formazione completa dell'esantema già nel corso dei primi due giorni della malattia, raramente l'eruzione si completa al terzo giorno. A questo riguardo la malattia rassomiglia al morbillo, il che costituisce ragione di errori diagnostici.

Nei casi tipici l'esantema è senza dubbio caratteristico, specialmente alla luce solare.

Quando però si pensi che il tifo esantematico si verifica per lo più nei quartieri popolosi, nelle abitazioni sporche ed oscure dei sobborghi o di piccole città in pianura nelle provincie, in capanne di contadini e simili, si riconoscerà la difficoltà, che incontra il medico per rilevare gli elementi per un'esatta diagnosi.

Molto difficile riesce spesso apprezzare le differenze tra la roseola del tifo addominale e lo esantema del tifo petecchiale, per quanto delle differenze vi siano e nettissime. Nel tifo addominale si ha leggero esantema papuloso, che scompare facilmente alla pressione: le macchie sono ben circoscritte, chiaramente rosso-iperemiche e si trovano principalmente al tronco (petto, addome, dorso) solo raramente alle estremità, e compaiono non tutte in una volta e precocemente, ma a poco a poco verso la fine della prima settimana o al principio della seconda.

La durata media della febbre difficilmente supera le due settimane. Le oscillazioni termiche, che durino più a lungo, come si verifica nel tifo addominale, sono in quello petecchiale molto rare. Nell'ulteriore decorso vi sono fatti anche molto caratteristici: gli occhi lucenti, le congiuntive iniettate, le cefalee intense e persistenti, i delirii già comparsi al principio della malattia, gli stati comatosi, l'insonnia e la stipsi. Si constatano spesso anche sudori; la milza è poco o nulla ingrossata.

Le difficoltà per la diagnosi differenziale riguardano, come già si è detto, i primi casi sporadici. Al letto del malato frequentissimamente ci si deve porre il quesito se si tratta di un tifo addominale o petecchiale. Al riguardo bisogna notare che benchè le due malattie siano fondalmente diverse, pure accade frequentemente che esse compaiano contemporaneamente nelle stesse località, e le difficoltà diventano enormi in quei casi di tifo addominale nei quali la roseola appare precocemente.

La reazione di Widal, anche nella sua forma più semplice, nella modificazione di Ficker, non ha valore quando sia praticata nei primi giorni della malattia.

In questi casi decidono per il tifo addominale: la curva della temperatura a oscillazioni ascendenti, l'evidente tumore di milza, che nel tifo petecchiale non è mai così pronunziato e spesso manca, la roseola nella sua forma e nella sua distribuzione caratteristica, le scariche a purée di piselli, il gorgoglio ileo-cecale, la leucopenia, la relativa rarità del polso, ed infine il reperto batteriologico ed ematologico.

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale col vaiuolo bisogna notare che anche nel tifo petecchiale possono aversi i caratteristici dolori al sacro all'inizio della malattia per quanto più raramente. La sede dell'esantema da principio alle estremità può nei primi giorni costituire qualche difficoltà, per quanto la efflorescenza al volto caratteristica del vaiuolo e della vaiuoloide sia un segno sicuro di differenziazione. Un altro criterio potrebbe essere la caduta della febbre contemporanea all'efflorescenza nel vaiuolo, mentre nel tifo petecchiale costantemente la febbre rimane sempre alta. Difficoltà diagnostiche insormontabili possono incontrarsi negli stadi iniziali del vaiuolo emorragico.

Vanno anche ricordate le sepsi criptogenetiche con emorragie puntiformi, il carbonchio, la morva; in questi casi ad ogni modo un accurato esame del sangue conduce alla diagnosi.

Talora furono scambiati col tifo petecchiale gli esantemi da medicine (antipirina); ma l'ulteriore decorso, il contegno dell'esantema chiariscono la diagnosi in breve tempo.

Si è già accennato alla possibilità di scambi col morbillo sia nella forma emorragica che nei casi comuni, e analogamente non è esclusa la possibilità di confondere il tifo petecchiale con una sifilide maculosa ad eruzione febbrile. Ma un esame con tutti i mezzi di cui disponiamo e la osservazione di 2-3 giorni chiariscono la diagnosi.

Talora il tifo petecchiale è stato anche scambiato con la malaria: l'esame del sangue e l'ulteriore decorso della malattia tolgono ogni dubbio al riguardo. Analogamente lo scambio col tifo ricorrente viene escluso dal tipo della febbre e dalla presenza nel sangue dello spirillo di Obermeyer.

Le alterazioni anatomopatologiche degli organi interni nel tifo petecchiale non hanno nulla di caratteristico, trattandosi di lesioni comuni a tutte le malattie infettive acute.

Si ammette generalmente che la trasmissione del tifo petecchiale si verifichi a mezzo dei pidocchi delle vesti, del capo, e delle pulci, che trasmetterebbero l'infezione direttamente dagli ammalati ai sani.

Conseguentemente la profilassi di questa infezione mira alla distruzione dei detti insetti ed alla pulizia dei singoli individui.

Valore terapeutico del " Lactol " in ginecoiatria.

Numerosi sono gli studi fatti da vari autori sulla influenza di taluni preparati, medicamentosi ed alimentari ad un tempo, quali ad esempio il Lactol, sugli stati di esaurimento di iponutrizione, di convalescenza. Non era stata però fatta fin'ora alcuna ricerca sul Lactol, in rapporto a quei disturbi funzionali e organici della donna a cui si connettono gravi perturbamenti nella nutrizione generale e della funzionalità dell'apparato genitale. A ciò ha provveduto opportunamente l'A. che in una sua interessante nota preventiva espone i suoi primi risultati.

Giustamente egli accenna all'azione che l'ovario col suo prodotto di secrezione interna, esercita sul bilancio del Ca e del Ph nell'organismo e sulla fissazione dei sali relativi nelle ossa, in rapporto all'azione più o meno antagonistica di altre ghiandole a secrezione interna, e alla conseguente necessità di sorvegliare il bilancio del calcio del fosforo in donne che presentano disturbi ovarici. Misura massima di previdenza ritiene l'oppors alle modificazioni morbose del ricambio, con una alimentazione appropriata che valga ad assicurare una opportuna introduzione di sostanze rimineralizzanti in forma organica. A ciò si giunge col razionale raggruppamento molecolare di tutti gli elementi che debbono concorrere al completo rifornimento dell'organismo e con un appropriato stimolo sugli organi a rallentata funzionalità.

L'A., studiando i risultati ottenuti coll'impiego del Lactol da illustri clinici italiani, e mettendoli a confronto con quelli ottenuti nel campo della ginecologia è venuto nel convincimento che il Lactol meriti particolare considerazione nelle forme di alterato ricambio materiale per influenza riflessa della sfera genitale.

L'ha quindi voluto esperimentare in un interessante caso di grave anemia e dispepsia gastro intestinale legato a malattia, insospettata precedentemente, degli organi sessuali (ipertrofia del collo dell'utero, endometrite cervicouterina, ovarialgia bilaterale).

Sottoposta la paziente ad una severa cura di Lactol, per un periodo di tre mesi, associando delle lavande vaginali di borato di soda che vennero però irregolarmente praticate, si ebbe un così rapido miglioramento che la paziente ritenne superflua una ulteriore sorveglianza medica.

L'A. benchè non dia come definitivo il suo giudizio sul valore del Lactol in ginecologia, a causa del troppo breve periodo di osservazione, sostiene che nel soggetto in esame era evidente il processo di debilitazione organica e di disordini funzionali in rapporto all'alterata funzione sessuale, e che una insperata modificazione di fenomeni morbosi psicofisici fu apportata dalla somministrazione del Lactol.

Prof. Dott. MUZIO PAZZI
Libero Docente Universitario
Direttore Scuola Samaritana Bolognese

"LACTOL" Dott. Foglino

Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano

Con l'approvazione dell'eminente Clinico genovese, il Dott. Foglino valente farmacista di Torino, ha composto questo prodotto farmaceutico il quale accoppia le proprietà di alimento a quello di medicamento e che riesce perciò efficacissimo in quelle varie condizioni morbose nelle quali si devono soddisfare queste due indicazioni.

Il " Lactol „ è infatti il resultato della associazione dei grassi del latte, di principii fosfatati, di acido fosfoglicerico e di vari fermenti digestivi (diastasi, pepsina, pancreatina), tutte sostanze, come si vede, delle quali è universalmente riconosciuto un considerevole valore dietetico e medicamentoso.

La bonta della preparazione del Dott. Foglino ha ottenuto la sua piena sanzione nella prova pratica sui malati. Essa è provvidenziale nei casi diversi di debolezza organica sia che questa derivi da alterazioni costituzionali o sia l'effetto di malattie di lungo corso che hanno logorato l'organismo.

È riuscita di molta utilità nei bambini di costituzione gracile e quindi inclinati al rachitismo e alla atropsia. È un medicamento indicato in genere nelle varie forme di anemia, indicatissimo nelle gastropatie (catarri cronici, gastriti ulcerative), dove urge l'uso di sostanze che in piccolo volume forniscano all'organismo potenti energie nutritive. È facile intendere che in forza della sua composizione il " Lactol „ è indicato e reca benefizi in quelle svariate condizioni morbose del sistema nervoso nelle quali il tessuto si mostra esaurito, quindi nella neuro-astenia, così comune ad osservarsi, nell'isterismo, nella psico-astenia ed in genere negli stati consuntivi.

Avendone fatta assai larga prova nel servizio medico a me affidato nell'Ospedale di S. Maria Nuova, ho potuto confermare le asserite virtù della preparazione Foglino alla quale spetta perciò una felice riuscita nella prova pubblica che sta per farsene.

La preparazione " Lactol „ è accetta ai malati grandi e piccoli per il suo gradevole gusto e i piccoli in specie la usano considerandola come una ghiottoneria.

Dott.: MARCACCI GIORGIO
Primario Medico nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova di Firenze.

"Lactol"

Dott. E. Foglino

Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano.



Alcuni certificati Medici

Prof. Dott. GIUSEPPE CARDI
Medico Primario e Direttore
— OSPEDALE DI RIMINI —

Rimini, 10 Luglio 1913.

Ho sperimentato il "Lactol„ del Dott. Foglino di Torino: posso affermare che esso è un ottimo rimedio ricostituente in stati di esaurimento nervoso e di denutrizione organica: esso mi ha bene corrisposto anche nella terapia infantile, nella quale è perciò raccomandabile.

Firmato: Dott. Prof. G. CARDI
Medico Primario Docente Patologia Medica nella R. Università di Modena.



CLINICA CHIRURGICA
— PARMA —

Parma, 10 Luglio 1913.

Ho fatto uso del "Lactol„ preparato dal Dott. Foglino, secondo la formola del Prof. Maragliano e l'ho trovato utilissimo per i pazienti operati di stomaco, in quanto bene tollerato e gustato e nutriente. Per questa sua proprietà è utile anche in tutte le affezioni, nelle quali esiste una debilitazione dell'organismo

Firmato: Prof. Dott. Comm. A. CECCHERELLI
Direttore Clinica Chirurgica della R. Università di Parma.

Prof. Comm. CESARE CATTANEO
Direttore della Clinica Pediatrica della R. Università di Parma
Direttore dell'Ospedale dei Bambini di Milano

Parma, 19 Giugno 1913.

Il "Lactol„ Foglino (glicerofosfati tridigestivi al latte), è stato da me ripetutamente esperimentato. Piacevolissimo al palato, viene dai bambini preso volentieri, è perfettamente tollerato e la sua indicazione precipua è nelle forme di astenia in ispecie dei piccoli bambini convalescenti di malattie infettive, sopratutto dell'apparato digerente.

Firmato: Prof. Comm. CESARE CATTANEO

DOTT. PROF. CAV. FILIPPO LESSONA
Docente di Ostetricia nella R. Università di Torino

Torino, Maggio 1913

Egregio Sig. Dott. E. Foglino,

Ho usato il "Lactol„ da lei preparato nella mia clientela e lo trovai molto utile nei casi di astenia nervosa e come ricostituente pei bambini. La facilità con la quale viene preso e digerito non è ultimo pregio di questa fortunata preparazione.

Firmato: Dott. Prof. FILIPPO LESSONA
Specialista in Ginecologia - TORINO - Via Donizzetti, 9.

LACTOL - Scatola grande L. 3,00 - Scatola saggio L. 1,00

Presso le buone Farmacie e presso la SOC. ANON. FARMACEUTICA TORINESE - Via Principi D'Acaia, 44 - TORINO

Per la distruzione dei parassiti nelle vesti sarebbe insufficiente l'azione dei vapori di formaldeide e della soluzione di sublimato all'uno per cento; più sicuramente efficace secondo le esperienze dell'A. sarebbero l'anidride solforosa ed il solfuro di carbonio, che ha però lo svantaggio di essere infiammabile. Kyskalt raccomanda il creosolo, Zupitza lo iodoformio specialmente contro le pulci.

Spesso vien consigliato come mezzo di distruzione dei parassiti l'olio di garofani, ma tenuta presente l'idiosincrasia di alcuni individui verso questa essenza è bene provare prima su una piccola parte di cute. E bisogna pure avvertire che l'olio di garofano non può essere applicato sui genitali e sulle mucose.

Non è ancora sicuro se siano infettivi gli escreti degli ammalati, le urine, le feci, la saliva, il secreto bronchiale, ecc. La recettività individuale ha certo una notevole importanza.

I patemi d'animo, la mancanza di sonno, la deficienza d'alimentazione, ed in genere i fattori, che fanno diminuire la resistenza organica facilitano l'attecchimento dell'infezione. Dopo aver superata la infezione l'individuo è sicuramente immunizzato contro essa.

La profilassi generale quindi dovrebbe esigere una sufficiente alimentazione ed una buona abitazione per le classi popolari. Di grande importanza al riguardo è il controllo sanitario nei quartieri più popolosi, negli asili, nei dormitori, nelle carceri.

La importanza delle condizioni generali di igiene nella profilassi del tifo petecchiale è dimostrata dalla varia mortalità per detta infezione nei diversi eserciti che presero parte alla guerra di Crimea, che fu minima nell'armata inglese ed enorme in quelle turca e russa.

La profilassi individuale, come per tutte le malattie infettive, consiste nell'isolamento degli ammalati e anche dei sospetti, e nella loro conveniente assistenza. È necessaria pure la disinfezione immediata di tutti gli abiti e degli oggetti che sono stati a contatto degli infermi, dei loro escreti e secreti.

DRAGOTTI.

La radiologia nella pratica della chirurgia di guerra.

(Prof. VITTORIO MARAGLIANO, *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 9 maggio 1915).

I. — *Qual'è il posto dei servizi radiologici in guerra?*

Parrebbe a prima vista che il sottoporre alla indagine radiologica ogni ferito al più presto possibile debba essere una necessità imprescindibile.

Ma questo ideale urta contro difficoltà insuperabili.

Anzitutto non è possibile ammettere che nelle grandi guerre moderne, dove i feriti si contano a migliaia, vi possano essere vicino alla linea del fuoco tanti apparecchi Röntgen da potere esaminare tutti i feriti, e, se anche ciò fosse, si troverebbe grave difficoltà ad avere il numeroso personale adatto per il loro funzionamento.

È vero che in qualche guerra coloniale come per es. quella degli inglesi nel Sudan, vi erano apparati Röntgen collocati in vicinanza della linea di fuoco, ma ciò si spiega per le guerre coloniali colle grandi distanze alle quali combatte l'esercito dai centri abitati.

L'obbiezione più grave all'impiego immediato della indagine radiologica è che essa non può avere in primo tempo un risultato pratico per lo scopo della cura perchè, se anche dalla indagine radiologica sorgesse la necessità di un intervento più complicato di quello di una semplice fasciatura, o intervento d'urgenza, il chirurgo non avrebbe modo di eseguirlo.

Si deve quindi ritenere che l'utilità dei raggi Röntgen in guerra, viene in campo solo quando il chirurgo prenda in considerazione qualche intervento operativo, o si voglia stabilire la prognosi di una data ferita. Si comprende facilmente che il chirurgo non formulerà mai queste richieste nei primi posti di medicazione dove egli si limita alla disinfezione delle ferite, al bendaggio, o tutt'al più a quelle operazioni che s'impongono d'urgenza.

L'apparecchio radiologico può cominciare a trovare la sua applicazione in un ospedale da campo di 100 a 200 letti, situato in seconda linea.

Però se è possibile per il radiologo, grazie al perfezionamento degli apparecchi trasportabili, intraprendere ricerche radiologiche esatte in questi ospedali, la guerra moderna ha dimostrato che in codesti ospedali non è conveniente intraprendere interventi operativi di importanza, tranne quelli d'urgenza, perchè occuperebbero per troppo lungo tempo i letti, e che conviene quindi inviare i feriti bisognosi di queste cure in ospedali improvvisati, in alberghi, collegi, ecc.

È dunque in questi luoghi di cura situati lungi dal teatro della guerra, che i raggi X trovano il loro migliore impiego.

Di questa opinione è il Köhler il quale dice chiaramente che è vero che gli automobili radiologici hanno reso buoni servizi negli ospedali da campo, ma che la maggior parte dei feriti venne radiografata col miglior risultato

pratico quando essi furono inviati negli ospedali cittadini.

Di questa opinione sono pure i radiologici francesi, i quali pur riconoscendo anch'essi la necessità di avere impianti radiologici negli ospedali da campo, sono convinti che soltanto negli ospedali dove il ferito può essere curato con calma, e senza limitazione di tempo, il servizio radiologico si rivela assolutamente prezioso.

Riassumendo risulta:

1° opportunità di avere impianti trasportabili nell'ospedale da campo;

2° necessità assoluta degli impianti radiologici negli ospedali fissi.

Il servizio radiologico, nell'ospedale da campo, può essere oltrechè per la cura dei casi urgenti, utilissimo per stabilire se un ferito debba essere o no curato in detto ospedale, o inviato ad altro ospedale fisso.

Si potrebbero moltiplicare gli esempi, ma basterà citarne uno: la presenza di una frattura della teca craniense, con scheggie che vengono a comprimere il cervello (ferita tangenziale del cranio) dà l'indicazione di un intervento urgente; invece la constatazione di un proiettile nella base del cranio, incuneato nelle ossa della base stessa, può dare l'indicazione di un intervento in secondo tempo, quando lo richiedano i sintomi clinici, e quindi l'allontanamento del ferito dall'ospedale.

Dunque è importante l'apparato radiologico nell'ospedale da campo, per stabilire la prognosi delle lesioni.

Si comprende facilmente come una volta ivi constatata la presenza del proiettile non sia sempre necessario farne la esatta localizzazione radiologica, se i segni clinici non ne richiedono la estrazione. Questa localizzazione potrà essere fatta meglio e più precisamente cogli impianti degli ospedali fissi.

II. — *Quali sono le indicazioni della radiologia nelle ferite da arma da fuoco?*

È convinzione generale dei profani, che il primo compito e più importante della radiologia, debba essere di ricercare e localizzare i proiettili.

Ora, se questo rimane sempre uno degli attributi peculiari della radiologia nelle ferite da arma da fuoco, non ne costituisce però il principale per due ragioni:

1° perchè il proiettile delle armi moderne raramente permane nel corpo umano;

2° perchè in gran parte dei casi, la localizzazione esatta del proiettile non ha valore pratico, chè la sua estrazione in primo tempo è rara.

Si ricordi come norma di indole generale, che l'indicazione dell'intervento chirurgico per la estrazione del proiettile non deve essere data dalla radiologia, ma dai sintomi clinici che presenta il ferito.

Quando questi la richiedono, viene in campo l'indagine radiologica per constatare se esista realmente e dove un corpo straniero, e se i sintomi dal ferito presentati possano essere attribuiti alla sua presenza.

Invece, una applicazione migliore l'ha nello studio e nella esatta visione che dà l'immagine radiografica delle svariate lesioni ossee prodotte dai proiettili.

Il farsi un concetto esatto di queste lesioni per mezzo della indagine radiologica, ha una importanza capitale, per una cura ben condotta e per la prognosi.

Anche le ferite che interessano polmone e grossi vasi, trovano un valido sussidio nella radiologia per constatare ascessi polmonari, pneumotoraci, aneurismi, ecc.

III. — *Apparecchi adatti per la radiologia in guerra.*

A questo scopo è necessario distinguere quelli destinati agli ospedali da campo e quelli per ospedali fissi.

Sarebbe desiderabile che in un caso e nell'altro si potesse avere il modo di lavorare il più precisamente e comodamente possibile.

Ma si comprende che questi requisiti non possono essere richiesti in un apparecchio trasportabile, il quale deve essere facilmente mobile, non troppo complicato e di facile maneggio.

Degli apparecchi per ospedale da campo noi abbiamo in Italia quello ottimo immaginato dal generale medico Ferrero di Cavallerleone, il quale consiste in sei cassette facilmente maneggiabili in cui sono contenuti: un rocchetto di 35 cm. di scintilla, una dinamo-produttrice di elettricità con interruttore a mercurio da muoversi a braccia, oltre ai tubi Röntgen, schermo fluorescente, materiale fotografico e tenda nera per lo sviluppo delle lastre e per le osservazioni radioscopiche.

Naturalmente questo apparecchio che è ottimo, per gli scopi per cui si propone, è di potenzialità limitata, e perciò sarebbe desiderabile di poter avere impianti trasportabili, più potenti e più completi.

Il Perussia ha proposto per l'esercito italiano l'automobile radiologica come la possiedono i tedeschi ed i francesi, automobili in cui è raggruppato un impianto quasi perfetto ed equivalente ad un impianto fisso.

Però malgrado la grande utilità che questi automobili radiologici presentano, non solo per la loro perfezione e completezza, ma anche per

il fatto che vengono trasportati contemporaneamente tutti gli apparati insieme col personale che li deve far funzionare (ciò che evita disguidi) è da domandarsi se essi compensino realmente il prezzo elevato che richiedono, e se allo stato attuale delle cose sia proprio necessario avere in un ospedale da campo un impianto radiologico perfetto.

Per gli ospedali fissi, gli impianti radiologici non differiscono nelle loro linee generali da quelli comuni usati in tempo di pace.

Solo naturalmente sarà opportuno avere pronti degli apparecchi, i quali possano facilmente adattarsi alle varie eventualità che possono presentarsi (presenza di corrente alternata o continua, mancanza di energia elettrica, con funzionamento con motore a benzina e dinamo o anche accumulatori).

Per questo è da ritenere che la cosa migliore sarà il possedere dei semplici induttori con interruttori elettrolitici che sono adattabili sia alla corrente alternata, come alla continua.

Naturalmente sarà necessaria l'opera di persone rotte a tutte le risorse della tecnica radiologica per scegliere, caso per caso, l'apparecchio più conveniente o per adottare eventualmente l'apparato che si ha a disposizione alle condizioni dell'ambiente.

IV. — *Qual'è il metodo da preferirsi per la ricerca dei corpi stranieri?*

A questo riguardo è necessario fare una pregiudiziale; chè in molti casi i metodi che danno una localizzazione puramente geometrica, per quanto precisa, non servono all'atto pratico.

Il chirurgo che deve operare non è un ingegnere al quale basta dire che ad una data profondità si deve trovare il corpo straniero; ma persona invece che opera in un corpo vivente e per il quale la via retta non è sempre la migliore e quella da seguire, e che, nel corso della operazione non può tratto tratto verificare se realmente ha seguito una perpendicolare, e se, caso mai, non ha deviato.

Perciò, se i metodi che danno la pura e semplice profondità possono essere applicati con relativo successo negli arti, invece per il cranio e per il torace sarà bene che il radiologo faccia la localizzazione anatomica del proiettile stesso.

Il parlare partitamente dei vari processi di localizzazione, ci trarrebbe troppo lungi, dirò solo che il metodo radiografico sarà sempre preferibile.

Il metodo radioscopico se può essere utilissimo per ricercare la esistenza del corpo straniero e la sua posizione approssimativa, difficilmente può essere adoperato con precisione per la localizzazione.

Non è che il metodo non sia capace di precisione geometrica, tutt'altro, ed il perfezionamento introdotto dal Coleschi lo dimostra, ma ha il difetto di essere, all'infuori dei casi troppo alla mercè di circostanze accessorie, immobilità del paziente, buona visibilità del proiettile, manovre lunghe all'oscuro su persone doloranti e ferite.

Chiunque ha fatto poi della radioscopia di corpi stranieri, saprà che quando si tratta di ricercarli e localizzarli in parti del corpo, spesso occorrono, non solo istrumentarii ed ampolle forti, ma anche una serie di apparecchi accessori, una oscurità perfetta, ecc.

Ora, come si potranno soddisfare queste richieste con impianti necessariamente semplici ed in locali improvvisati allo scopo?

E la difesa del radiologo durante queste ricerche come potrà essere fatta?

Il procedimento radiografico, se dal punto di vista geometrico è alla stessa altezza del radioscopico, si può agevolmente fare con materiale più semplice e meno potente, permette di maneggiare meglio gli infermi, consente una difesa migliore del radiologo, e sopratutto, lascia un documento obbiettivo della indagine fatta.

Sulla lastra possono essere studiati i rapporti del proiettile colle ossa, ed anche eventualmente con visceri, ciò che potrà essere di un enorme vantaggio per il chirurgo, il quale potrà sempre farsi «de visu», per poca pratica che abbia di radiologia, una idea della posizione del proiettile stesso e dei rapporti che esso ha contratto.

Dei procedimenti radiografici, di localizzazione di solo profondità, il migliore rimase sempre il più semplice che è quello del «Mackenzie-Davidson modificato dal Moritz» che può dare anche una discreta localizzazione anatomica: per la localizzazione anatomica vera, non potendosi ricorrere, che in casi eccezionali, al costoso e complicato procedimento stereoscopico, sarà ottimo il metodo del Busi, specie per il cranio, modificato in parte da me.

Un'altra avvertenza è che quando non si fa la localizzazione anatomica, ma la pura localizzazione in profondità, è necessario dare questa profondità lungo la via che dovrà tenere il chirurgo per aggredire il proiettile.

Mi spiego con un esempio: si supponga un proiettile arrivato nello spessore dei muscoli della gamba fra gastrocnemi e soleo, sarà necessario indicare la profondità da un punto situato all'altezza del proiettile sul margine interno del polpaccio, perchè è di lì che il chirurgo dovrà andare ad aggredire il proiettile stesso.

Riassumendo, la linea di condotta sarà questa: negli ospedali da campo, e con apparecchi trasportabili, solo localizzazione radiografica; ne-

gli ospedali territoriali e con impianti fissi, prima osservazione radioscopica per trovare il proiettile, e poi localizzazione radiografica con il procedimento più semplice di pura profondità (Mackenzie-Moritz), per gli arti; col procedimento di localizzazione anatomica per il cranio, torace, bacino, ecc.

V. — *Necessità di personale istruito e pratico delle esigenze della tecnica.*

I servizii radiologici, richiedono anche in tempo di pace, e in gabinetti bene installati, la massima cura e la competenza tecnica necessaria per essere bene eseguiti.

In tempo di guerra, quando il radiologo deve lavorare con impianti improvvisati che egli non ha avuto tempo di studiare, differenti nel loro rendimento a seconda delle condizioni in cui vennero installati, le difficoltà si complicano ancora.

Se per constatare la frattura di un braccio può bastare una radiografia pessima, non è così quando si debbano far ricerche delicate di lesione della colonna vertebrale, del bacino, ecc.

E si tenga ben presente, che i lavori difficili, sono quelli sempre veramente necessarii e più richiesti, perchè anche la diagnosi clinica, in questi casi, molto attende dalla radiologia.

E poi, la localizzazione di corpi stranieri è lavoro di precisione che se non è fatto esattamente, è meglio non sia addirittura eseguito.

Ora, se in un laboratorio ben messo con tutte le comodità, si vede che persone non addestrate ottengono risultati inadeguati, che cosa succederà, con apparecchi che hanno bisogno, anche se buoni, di essere messi al punto?

Noi abbiamo nell'esercito italiano, ottimi medici radiologici perfettamente addestrati al maneggio degli apparati radiologici; ma per forza di cose, essi sono in numero limitato e vi sarà bisogno, nell'ora del cimento, del sussidio di medici borghesi incorporati all'esercito.

Ora, fra questi, ve ne sono molti i quali si sono da anni specializzati nei lavori radiologici, che sono rotti a tutte le difficoltà della tecnica, e che potrebbero, chiamati in servizio, ottenere il massimo rendimento dagli apparecchi loro affidati, ed anche eventualmente mettere a disposizione dell'autorità militare i loro impianti fissi e trasportabili.

Sarebbe quindi indicato che l'autorità militare affidasse di preferenza i servizii Röntgeniani, naturalmente dopo dei medici militari, ai medici borghesi, radiologi specializzati.

Abbiamo in Italia una fiorente Società di Radiologia, la quale conta un paio di centinaia di soci, i quali sarebbero fieri in caso di bisogno, di fare il loro dovere di patriotti e di radiologi. Questa Società di Radiologia quindi potrebbe istituire il punto di ritrovo del personale radiologico per l'autorità militare ed è a sperare che essa voglia servirsene.

Le emorragie sul campo di battaglia.

Nella *Berliner Klinische Wochenschrift* del 15 marzo 1915, Wiewiorowski rileva la difficoltà di raccogliere i feriti sul campo.

Durante il giorno, ciò accade a causa del fuoco; durante la notte a causa dell'oscurità: la più piccola lanterna basta a richiamare i proiettili... L'A. rileva inoltre la difficoltà di allontanare i feriti dalle trincee, perchè queste sono strette, profonde e decorrono a zig-zag.

In tali condizioni moltissimi feriti perdono enormi quantità di sangue. Alcuni muoiono di emorragia acuta. In altri l'emorragia si arresta spontaneamente, perchè i tessuti spappolati favoriscono la coagulazione, sovratutto quando il sangue comincia a fluire debolmente; nelle ferite da schegge roventi vi concorre anche la cauterizzazione dei tessuti.

Trasportare un ferito la cui emorragia si è arrestata spontaneamente, usando poche cautele, può essere molto pericoloso, perchè i movimenti riattivano la circolazione del sangue e ne fanno elevare di nuovo la pressione, con che è vinto l'ostacolo costituito dal grumo sanguigno. I feriti debbono dunque essere trasportati a braccia e con ogni cautela.

Un medico inesperto può essere indotto a legare i vasi, anche quando si è prodotto il coagulo; ma in genere vale molto meglio di non «disturbare» il coagulo.

Anche il tourniquet non occorre, quando la emorragia è dovuta ad un gemizio da piccole vene: giova ricorrere a questo mezzo solo quando sono interessate vene od arterie di un certo calibro.

Il tourniquet va applicato a dovere: alzare prima l'arto, per alcuni minuti, così da favorire l'efflusso di sangue nella circolazione generale; stringere in modo da evitare che il sangue possa fluire per le arterie e non ritornare per le vene: l'arto deve restare semi-vuoto di sangue, o divenire leggermente cianotico, ma non mai mostrare le vene gonfie.

Dopo le forti perdite di sangue si deve somministrare al più presto la soluzione fisiologica, per enteroclisi o per ipodermoclisi. Può giovare anche la copiosa bevanda. R. B.

ERRATA-CORRIGE. — In causa della fretta con cui fu pubblicato, l'articolo «I servizi sanitari nella guerra navale» comparso sul fasc. scorso, non potè essere accuratamente riveduto. Tra le complicanze delle ferite vi figura la *dissenteria;* deve leggersi invece *setticemia*. La firma deve dire *S. Buonanni* e non *A. Buonanni*.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La sindrome d'insufficienza surrenale.

(WILLIAMS. *The Journal of the American medical Association*, 1914, n. 25).

La maggior parte dei casi di neurastenia ha un'origine psichica: la fenomenologia morbosa è in rapporto ad una idea fissa, che a sua volta trova origine in un processo di auto- o eterosuggestione. Tali pazienti spesso finiscono per ammalare realmente: lo stato d'inazione e la ruminazione continua delle proprie condizioni induce a lungo andare dei disturbi nella nutrizione generale ed una forma di esaurimento. Tutto ciò si verifica tipicamente nella così detta neurosi traumatica.

Pure tra queste forme neurasteniche ve n'è un certo numero nelle quali manca ogni elemento isterico. Tralasciando i casi di psicastenia, nei quali l'ansia o altri fattori di origine psichica dominano il quadro, le forme fruste di certe psicosi come la ciclotimia, l'ebbefrenia ecc., vi sono sindromi nelle quali esistono disturbi somatici definiti ed obbiettivamente accertabili, dai quali i sintomi psichici ripetono verisimilmente la loro origine.

Tra tali casi di « neurastenia » devono comprendersi quei soggetti con infiammazioni latenti pelviche o addominali, il piccolo brightismo, l'ipertensione vasale ed i disturbi del ricambio materiale che la precedono, gli stadî precoci della sifilide cerebro-spinale e infine i disturbi funzionali delle glandule a secrezione interna e specialmente della tiroide.

L'A. ha osservato parecchi casi nei quali non si riscontrava nessuna delle dette condizioni, ma era presente una profonda depressione neuro-muscolare con caratteri nettamente differenti da quella di origine mentale o dipendente da lesioni cerebrali.

Queste forme sono caratterizzate da una grave astenia, difetto di attenzione, diminuzione della pressione vasale; queste forme talora sono accompagnate da peculiari disturbi psichici e da alterazioni della pigmentazione cutanea. Nei suoi casi l'autore ne ha trovati di quelli che sono migliorati ed anche guariti, e di quelli che hanno assunto un decorso cronico ed hanno perfino condotto a morte il paziente.

Tutta la sintomatologia di queste forme è certamente spiegabile con una insufficienza delle capsule surrenali soprattutto per le sue analogie con il morbo di Addison.

Non si può escludere che queste forme di ipoadrenalismo abbiano indirettamente un'origine psichica e più specialmente emotivo-sentimentale.

Camon dimostrò sperimentalmente che una iperfunzione delle capsule surrenali può essere provocata per via psichica; egli infatti trovò che il sangue delle vene delle capsule surrenali contiene dopo uno spavento una maggiore quantità delle sostanze secrete dalla glandule stesse. I lavori di Crile tendono appunto ad affermare la teoria che le forme di spavento prolungato, ossia lo stato di ansia, producono una iperfunzione delle glandule a secrezione interna.

Ora per analogia con i disturbi di altre glandule endocrine e più specialmente per analogia con il mixedema postipertiroideo e con l'adiposità postiperpituitaria noi possiamo ammettere che ad uno stadio di iperfunzione delle capsule surrenali possa succedere uno stato di ipoadrenalismo.

Si spiegherebbe così come lo spavento e l'ansia, che sono attitudini mentali che possono essere mantenute per un processo mnemonico molto tempo dopo del fatto iniziale che l'ha causato, producano, in primo tempo uno stato d'iper- e poi di ipofunzione delle capsule surrenali con le sue conseguenze depressive sull'attività neuromuscolare. È probabile che la sindrome astenica più che in rapporto a un difetto del solo tessuto surrenale, sia determinata da una insufficienza di tutto il sistema cromaffino.

DRAGOTTI.

CHIRURGIA.

Le miositi.

(MURPHY. *The Journal of the American Medical Association*, 1914, n. 10).

Nel 1869 Volkmann descrisse una contrattura dei muscoli flessori dell'avambraccio, della mano e delle dita, che egli attribuì alla necrosi delle fibro-cellule muscolari consecutiva ad una prolungata ischemia della parte.

L'arresto della circolazione sanguigna sarebbe stato, secondo il detto A., provocato dall'applicazione di una stecca o di un bendaggio troppo stretto.

Osservazioni ulteriori hanno permesso di concludere che la cosidetta contrattura ischemica è in rapporto ad un'effusione di sangue sotto l'aponeurosi dell'avambraccio, la quale produce una tensione così forte da causare la cianosi dell'avambraccio e della mano. Si forma un grumo di sangue, cui segue una reazione infiammatoria.

L'emorragia è quasi sempre venosa, poche

volte arteriosa. L'applicazione di una fasciatura stretta e la fissazione dell'avambraccio in flessione acuta aggravano le già difficili condizioni circolatorie dei muscoli e determinano così la contrattura.

La lesione muscolare si produce entro le prime 75 ore, ma la contrazione e la conseguente deformità della mano non si verifica definitivamente che dopo alcune settimane e la rigidità non diviene permanente che dopo 10-12 settimane.

In genere i nervi non sono compromessi, ma possono essere anche essi lesi quando vi sia una forte infiltrazione infiammatoria dei tessuti, per pressione dovuta alla miosite, alla cicatrice, per azione traumatica diretta sui nervi, o anche per la compressione esercitata da un callo esuberante.

Nei casi nei quali una fasciatura troppo stretta o una gessatura comprime un nervo, come p. es. il nervo popliteo esterno del ginocchio, si ha una paralisi flaccida dei corrispondenti muscoli, non una contrattura ischemica.

Talora nei gravi traumi agli arti superiori o inferiori i ventri muscolari sono tagliati fino all'osso con la produzione di un'abbondante emorragia che divide le parti recise. In questi casi i muscoli diventano aderenti al periostio, si fissano e s'immobilizzano così che non è più possibile nessuna contrazione o estensione volontaria. Talora a queste contusioni può seguire un assorbimento di tessuto adiposo per modo che la pelle si attacca direttamente all'aponeurosi o al ventre muscolare. Può verificarsi anche una miosite ossificante, che quando è diffusa a gran parte del gruppo muscolare può produrre una contrazione ed una limitazione dei movimenti.

Le flebiti infine da trauma o da infezioni possono anche esse provocare uno stato di contrazione e di fissazione con deformità permanente dell'arto.

La contrattura ischemica si verifica più frequentemente alle estremità superiori. Il primo sintomo a verificarsi è un irrigidimento delle dita, ed insieme un gonfiore delle dita stesse, della mano e dell'avambraccio, accompagnato in molti casi da scolorimento della cute e da cianosi. Contemporaneamente si ha dolore intenso e poco dopo limitazione o mancanza assoluta dei movimenti delle dita.

Se la causa della costrizione, l'edema emorragico, la fasciatura, la gessatura o la stecca, non si rimuove, il gonfiore e la cianosi aumentano, mentre il dolore gradatamente diminuisce fino a scomparire in pochi giorni.

Successivamente anche il gonfiore e la cianosi cedono, ma il movimento normale delle dita non ritorna. Quando vi sia una contemporanea lesione dei nervi fin dal principio compaiono disturbi della reazione elettrica, parestesie, anestesie o iperestesie. La posizione provocata da una contrazione ischemica dell'avambraccio è quella caratteristica della mano ad artiglio.

La diagnosi della contrattura ischemica si fa sui seguenti elementi: la storia di una frattura, trauma o infiltrazione del tessuto con dolore; gonfiore della mano e dell'avambraccio, cianosi e dolore intenso alle dita, alla mano ed all'avambraccio; miglioramento dei sintomi quando si rimuova il bendaggio o si estenda l'avambraccio piegato per quanto vi possa essere progressione dell'infiltrazione anche quando sia rimossa la causa costringente esterna; nei casi complicati presenza di anestesie o parestesie; nei casi gravi assenza del polso radiale; resistenza dell'affezione a qualsiasi trattamento fisico.

La cura può essere profilattica, non operativa ed operativa.

Il trattamento profilattico consiste nell'evitare l'immediata applicazione di apparecchi e bendaggi costringenti e nel permettere all'avambraccio di assumere nelle prime 24-48 ore la posizione più comoda a meno che non vi sia lussazione del gomito. Questo non deve essere mai fissato in posizione di flessione immediatamente dopo il trauma. Ed infine quando, malgrado tutto, la cianosi continua, bisogna fare una incisione per diminuire la tensione intraponevrotica, che costringe i fasci muscolari.

La cura non operativa consiste in applicazioni elettriche e massaggio, ma essa molto raramente dà dei risultati soddisfacenti. Jones cercò di ottenere l'allungamento dei muscoli a mezzo di una stecca allungabile gradatamente, e che gradatamente costringe le dita ad abbandonare la posizione di flessione per mettersi in estensione. Quando si sia raggiunto questo scopo usare l'elettricità ed il massaggio per ottenere il ritorno della funzionalità muscolare. Questa cura è molto lunga e può riuscire quando il tessuto cicatriziale non sia molto esteso.

Per quel che riguarda il trattamento operativo l'A. dopo aver ricordato il trattamento proposto da Mikulicz dell'accorciamento delle ossa e quello proposto da Bardenheuer dell'allungamento dei ventri muscolari mediante una sezione obliqua o trasversale dei muscoli, afferma che il trattamento migliore è quello dell'allungamento dei tendini. Questo si pratica mediante una sezione a z dei tendini e sutura dei capi così allungati. L'allungamento dei tendini deve essere fatto in modo da bilanciare perfettamente l'azione dei singoli gruppi muscolari per evitare consecutive contrazioni e deformità. Bisogna

infine praticare una sezione trasversa della capsula dell'articolazione del polso e della fascia dell'avambraccio per permettere un ampio movimento dell'articolazione durante l'operazione.

DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 25 aprile 1915.

Presidenza del prof. G. GAGLIO, vice-pres.

Prof. R. ALESSANDRI. *L'intervento chirurgico sui reni nelle lesioni bilaterali.* — Sulla base di 42 casi, escluse le ptosi, di cui la maggior parte operati, l'O. espone i dati più importanti circa la possibilità e l'utilità dell'intervento nelle lesioni renali bilaterali.

Distingue i casi in due categorie: lesioni che non esigono assolutamente l'asportazione dell'organo, come la calcolosi e in vari casi le infezioni piogeniche e casi (tubercolosi, tumori) che richiedono invece la nefrectomia.

Nei casi della prima serie (specialmente calcolosi) se è necessario acquistare un criterio esatto della funzionalità renale, e soprattutto del valore funzionale dei singoli reni, ciò non è difficile essendo quasi sempre possibile e in genere agevole il cateterismo doppio; per il saggio della funzione del rene, più che alla semplice poliuria acquosa ricorre all'azoturia provocata coll'ingestione di urea, secondo ricerche praticate nel suo Istituto dal dott. Pirolini, che hanno dimostrato l'alta importanza del metodo.

Conviene generalmente operare sui due lati in tempi diversi, e cominciare dal rene più gravemente leso, a meno che non si tratti da un lato di calcolo nell'uretere o nella pelvi, che conviene allora praticarne prima l'estrazione con ureterotomia o pielotomia intervenendo poi sull'altro rene.

Per la tubercolosi, se è assolutamente necessario acquistare una nozione esatta sul valore funzionale dei due reni separati e variamente lesi questo è spesso impossibile, perchè il cateterismo degli ureteri non riesce, nè vale in genere tentarlo previa cistotomia. Se le ricerche di orientazione (azotemia, crioscopia, costante di Ambard) non sono sufficienti, non resta che praticare una doppia lombotomia esplorativa.

L'O. accenna ad alcuni casi e presenta degli operati con successo assai favorevole: un operato di nefrectomia per tubercolosi e due volte di nefrotomia dall'altro lato, in ottime condizioni, ormai da dieci anni; un altro nefrectomizzato per pionefrosi e nefrotomizzato dall'altro lato per ascesso corticale, pure guarito da tre anni, ecc.

In questi casi è interessante notare come il rene rimasto reagisce in genere scarsamente alle eliminazioni provocate, come se lavorasse già coll'intensità pressochè massima, conservando solo poca riserva di funzione.

Dott. F. GIUGNI. *La riproduzione della Leishmaniosi cutanea nella scimmia da un caso di Bottone d'Oriente osservato in Italia.* — Presenta una bambina di 9 anni proveniente da Carreri, piccola località in provincia di Reggio Calabria, affetta da una lesione cutanea al mento che per i caratteri clinici, il decorso e il reperto microscopico di corpi di Wright identifica col Bottone d'Oriente. La diagnosi fu confermata anche col reperto culturale della Leishmania tropica negli speciali terreni di agar-sangue innestato del materiale della lesione.

Presenta pure una scimmia (*Macacus sinicus*) in cui ha ottenuto la riproduzione del nodulo Leishmaniotico nella cute della fronte dopo 6-7 settimane dall'innesto diretto di un po' di materiale del Bottone umano. Da questa lesione cutanea l'A. ha ottenuto in ripetute prove lo sviluppo culturale della Leishmania oltre avere osservato negli strisci numerosi corpi di Wright.

Afferma che questa riproduzione sperimentale nel nodulo cutaneo nella scimmia viene a confermare ancora di più l'identità dei casi di Bottone osservati in Italia con quello dei paesi tropicali.

A. BALDONI.

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 15 marzo 1915.

Prof. R. CASSANELLO. *Sulla allacciatura contemporanea della carotide primitiva e della giugulare interna nell'estirpazione dei tumori maligni del collo.* — L'O. enumera i disturbi e gli inconvenienti che si possono avere in seguito alla legatura della carotide primitiva: inconvenienti che secondo il concetto del Ceci sarebbero attenuati quando insieme alla carotide primitiva venga allacciata la giungulare profonda Accenna alle ricerche sperimentali del Fiori e ricorda i 17 casi in cui, come risulta dalla statistica clinica, venne eseguita l'allacciatura contemporanea del tronco carotico-giugulare; l'intervento venne eseguito per tumori maligni del collo per aneurismi, ecc.; nei 15 casi venuti a guarigione non si ebbero disturbi di sorta: o se si ebbero essi furono di scarsa entità: la

mortalità sarebbe di 11.7 %, mentre nell'allacciatura isolata della carotide primitiva essa varia a seconda degli autori tra 21 e 43 %. L'O. riferisce un caso personale relativo ad un individuo affetto da tumore maligno branchiogeno al collo, in cui appunto praticò l'allacciatura simultanea della carotide primitiva e della giugulare interna: non ebbe a notare nessun disturbo degno di nota; si ebbe solo lieve e transitoria disartria: la guarigione avvenne per prima intenzione in meno di 15 giorni. Con questo caso l'A. viene a suffragare la bontà e la utilità del metodo proposto dal Ceci.

Dott. CRISTOFARO PASTINE. *Su alcune reazioni della pupilla* (con presentazione di ammalato). — L'O. riferisce sopra la costrizione della pupilla che si può manifestare in tutti i movimenti del globo oculare soggetti all'innervazione dell'oculomotore comune. Interpetra tale fenomeno come una sinergia funzionale tra la muscolatura esterna e quella interna dell'occhio e presenta un ammalato affetto da lue cerebrospinale nel quale la pupilla sinistra reagisce normalmente, mentre quella destra si mostra rigida alla luce, si modifica appena alla convergenza (reazione minima) e si restringe spiccatamente quando il soggetto volge più che può lo sguardo in alto. All'occhio destro è pure da notare una paresi del muscolo retto superiore e dell'accomodazione. L'interpetrazione di questo caso per quanto soffra qualche difficoltà non pare all'A. impossibile seguendo il concetto su ricordato delle sinergie pupillari funzionali, che sono favorite da particolari e note condizioni anatomiche.

Prof. ERNESTO BOZZI. *Contributo alla gastroenterostomia verticale.* — L'A. enumera gli inconvenienti che a volte possono insorgere in dipendenza della gastroenterostomia posteriore accennando principalmente ai disturbi di circolazione e al vomito. A spiegazione di tali inconvenienti viene da taluni invocata come causa la eccessiva lunghezza dell'ansa che viene innestata; altre volte la causa risiede nel fatto che la gastroenterostomia venne eseguita troppo ampia. Ed è per ovviare ad essi che vennero suggerite varie modificazioni al metodo classico, ma tutte vennero a cadere. L'O. ricorda brevemente la tecnica della gastroenterostomia verticale ed enumera i diversi vantaggi che si hanno dall'applicazione di tale metodo: riferisce la storia clinica e l'atto operativo eseguito in sei casi, in nessuno dei quali si ebbe a verificare il benchè minimo incidente, per cui ritiene che il metodo della gastroenterostomia verticale sia un metodo molto buono con l'applicazione del quale si possono ottenere risultati realmente ottimi.

Prof. SILVIO ROLANDO. *Sull'ascesso pararenale.* — L'A. riferisce sopra 19 casi di ascesso pararenale da lui trattati operativamente e dei quali, cinque erano ascessi soprarenali, gli altri ascessi retrorenali. Accenna alle storie cliniche ad essi relative ed ai vari dati sintomatologici più importanti da esse emergenti. Richiama l'attenzione sulla comparsa del dolore, il quale però non si presenta a sede fissa; a volte era accusato in corrispondenza della parte lesa, a volte si estendeva all'innanzi: la febbre presentò le notevoli tipiche remittenze della febbre da suppurazione: non si ebbero mai sudori profusi. In tempo successivo si ha la comparsa di un dolore nettamente localizzato (nei cinque casi di ascesso soprarenale aveva per sede l'XI spazio intercostale), la comparsa della reazione muscolare dolorosa dei muscoli addominali, della deviazione scoliotica della colonna vertebrale a concavità verso il lato leso, del pronunciamento della regione renale e della posizione obbligata. Notevole importanza diagnostica è legata alla palpazione che permette di apprezzare una massa fissa dolente. L'A. descrive successivamente i vari interventi eseguiti nei diversi casi; discute su quale incisione sia da preferirsi per raggiungere le raccolte soprarenali e conclude accennando alle norme di tecnica operativa più opportuna da seguirsi nei singoli casi.

SEGÀLE.

Regia Accademia medica di Milano.

BARGELLINI D. *Sul piede cavo con spina bifida occulta.* — L'A. riferisce su tre casi di piede cavo bilaterale, accompagnato da una spina bifida occulta, osservati lungo l'anno decorso nella Clinica ortopedica di perfezionamento di Milano, a carico dei quali, come fatto singolare, è risultato dall'esame nervoso una sindrome spastica circoscritta alla sezione della gamba e del piede.

Il piede in questi ammalati viene trascinato in attitudine viziosa dalla contrattura spastica del gruppo muscolare che sostiene il cavismo fisiologico.

La lesione del fascio piramidale, cui deve ascriversi la sindrome spastica, alla stregua delle cognizioni curativo-patologiche acquisite sulla spina bifida occulta, può connettersi con la malformazione vertebrale.

In tal modo nei casi riferiti risulta costituito il nesso etiopatogenetico fra piede cavo e spina bifida occulta. D. CESA-BIANCHI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Anemia aplastica in seguito a gonorrea.

(BUSCHKE e HIRSCHFELD. *Berl. klin. Woch.*, 1914, n. 52).

Lo svolgersi di processi rigenerativi nel midollo osseo costituisce la regola nei casi di anemia; anche nelle forme più gravi di questa affezione si riscontrano infatti, sia nelle ossa corte, sia nelle diafisi delle ossa lunghe, segni del processo di rigenerazione.

Tuttavia esistono casi in cui manca ogni processo rigenerativo; sono queste le anemie aplastiche, descritte per la prima volta da Ehrlich. Gli studi ulteriori hanno dimostrato che in queste forme non solo mancano i processi rigenerativi nel midollo osseo, ma si ha anche una evidente atrofia di questo. Sicchè non solo si trova midollo giallo grassoso nelle diafisi delle ossa lunghe, ma si riscontra anche, nelle ossa corte, la scomparsa di elementi cellulari, residuando solo poche cellule a forma di linfociti e pochissimi globuli rossi nucleati. Ora, se è possibile spiegarsi la mancanza di processi rigenerativi ammettendo una debolezza congenita degli organi ematopoietici, non si riesce invece a rendersi conto dei fatti di atrofia senza ammettere l'esistenza di un fattore tossico.

Ciò malgrado, nella maggior parte dei casi di anemia aplastica non si riesce a porre in luce alcun momento etiologico. Solo in un piccolo numero di casi si è potuto attribuire lo speciale comportamento dell'apparato ematopoietico ad una alterazione evidentemente di origine tossica; così ad es. nel caso di Barberis esisteva una infezione puerperale, in quello di Babonneix e Paisseau una sepsi da paratifo, in un caso di Herz una angina con formazione di ascesso, in un altro di questo stesso autore una grave dermatite, in un caso di Stursberg una sepsi da streptococco, in un caso di Hirschfeld una linfogranulomatosi.

A questi casi gli AA. aggiungono una interessante osservazione, riguardante un soggetto di 25 anni affetto da gonorrea, alla quale seguirono alterazioni articolari; malgrado una cura appropriata non si ebbe miglioramento a carico delle articolazioni, mentre invece l'uretrite migliorò tanto che scomparvero i gonococchi.

Improvvisamente il paziente cominciò a febbricitare; si manifestò una grave diatesi emorragica con versamenti di sangue nella mucosa nasale, nell'uretra, nel fondo dell'occhio; l'esame batteriologico fece rilevare la presenza dello stafilococco aureo nel sangue e nel versamento articolare; poco tempo dopo il paziente morì. All'autopsia si rilevò: nefrite acuta; anemia grave; cuore flaccido; un ascesso nel polmone destro; midollo giallo; dal midollo si ottennero colture di stafilococco. L'esame microscopico fece rilevare processi di atrofia a carico del midollo osseo.

V. FORLÌ.

Anemia perniciosa in un radiologo.

Sono state finora ben dilucidate le trasformazioni che subisce la crasi leucocitaria nei radiologi, per l'influenza dai raggi X esercitata sul sistema emopoietico: leucopenia, ipopolinucleosi, eosinofilia. D'ordinario trascurabili sembrano le influenze dei raggi sui corpuscoli rossi; solo nei malati leucemici sottoposti alla radioterapia Oettinger, Fiessinger e Sauphar hanno osservato la comparsa d'una anemia intensa, mortale in un malato e Tixier ha notato l'insorgenza d'un'anemia perniciosa in un soggetto irradiato per adenopatie cervicali, quando queste erano quasi scomparse.

Il collega Dr. Tiraboschi radiologo da 14 anni nell'ospedale di Bergamo è recentemente morto in seguito a grave anemia.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare; egli per lungo tempo ha lavorato con tubi duri, a raggi molto penetranti, senza precauzione alcuna. Ebbe una radiodermite della mano sinistra e della metà superiore della faccia, senza ulcerazioni ma con sola lieve pigmentazione.

Tre anni fa cominciò a notare debolezza, pallore notevole, in contrasto con uno stato di nutrizione piuttosto buono. Continuò, dopo breve tregua, il suo lavoro, ma la debolezza e il pallore furono progressivi e negli ultimi giorni ebbe qualche emorragia gengivale.

L'autopsia praticata dai dott. Minelli e Daina dimostrò: lieve grado di insufficienza aortica, ben compensata; nessuna lesione viscerale, al di fuori d'un estremo pallore. Le dimensioni della milza però si mostravano notevolmente ridotte (5 cm. di larghezza × 4 di lunghezza × 2 cm. di spessore).

Al taglio essa era dura, le trabecole ben visibili, la polpa diminuita. Il midollo delle costole, rosso, poco abbondante, testicoli atrofici. Diagnosi anatomica: anemia grave essenziale.

Ch. Aubertin, che lungamente di tal genere di ricerche si è occupato, ha avuto occasione di esaminare le sezioni della milza e ne riferisce dettagliatamente gl'importanti resultati. *(Arch.*

des mal. du coeur des vais e du sang, settembre 1914).

La *capsula* è leggermente ispessita e mammellonata, le travate fibrose sembrano più numerose del normale; in realtà esse sono solo ravvicinate per l'atrofia della polpa.

I *corpuscoli di Malpighi* sono atrofizzati; le arteriole sono ispessite per peri- ed endoarterite, qualcuna è obliterata. I corpuscoli sono costituiti da linfociti normali, e da rari mononuclearti poco voluminosi: scarsi detriti nucleari non macrofagi. Le fibre connettivali sono molto numerose, non pigmento.

La *polpa splenica* contiene molto pigmento ferrico, incluso nella maggior parte in macrofagi voluminosi a nucleo ben visibile.

Si trovano qualche mononucleare piccolo, qualche plasmacellen pochi polinucleari.

Il midollo osseo (Gavazzeri e Minelli) avea dimostrato alle sezioni: pochi normoblasti, assenti i megaloblasti, globuli rossi poco numerosi e deformati con megalociti eccezionali.

Gli AA. attribuiscono questa anemia aplastica all'azione dannosa dei raggi X.

Aubertin pensa che non basti non trovare la causa dell'anemia per incolparne i raggi X; però egli si accorda coll'opinione di Gavazzeri e Minelli, per le condizioni presentate dalla milza: le milze degli anemici non sono mai atrofiche fino al punto da dare quasi completamente atrofici i corpuscoli di Malpighi, e non presentano mai una così grande abbondanza di pigmento ferrico: tale costituzione della milza ricorda per molte particolarità quelle degli animali lungamente irradiati. Per tale rassomiglianza v'è da domandarsi se d'ora innanzi non si dovrà aggiungere nella patologia dei raggi X anche l'anemia perniciosa röntgeniana.

t. p.

La splenectomia nelle malattie del sangue.

In questi ultimi anni la chirurgia ha invaso con successo anche il campo delle malattie del sangue. Il Mühsam (*Deutsche Med. Woch.*, 1914, p. 37) riferisce oltre ad una serie di casi personali quelli riportati nella letteratura e viene alle seguenti conclusioni:

La splenectomia è indicata nelle malattie infettive, quali la febbre tifoide e la setticemia solo nei casi di rottura della milza. Nella malaria la splenectomia non dà nessun risultato notevole: è indicata qui solo nel caso di milza migrante o quando c'è il pericolo di rottura. Nella leucemia l'estirpazione della milza è controindicata. Nella malattia di Banti una splenectomia fatta in tempo opportuno può determinare una guarigione: anche nel terzo stadio la splenectomia combinata coll'operazione di Talma può dare risultati vantaggiosi. Molti casi di anemia splenica infantile possono guarire in seguito alla splenectomia. Nell'ittero emolitico l'asportazione della milza sembra avere avuto un vantaggio notevole in un numero non indifferente di casi.

Un numero notevole di casi di anemia perniciosa ha risentito un miglioramento notevole dalla splenectomia. In altri casi pare che l'operazione non abbia portato sempre vantaggio. Le indicazioni dell'operazione sono ancora incerte. Si deve avere una certa precauzione solo in quei casi in cui vi è tendenza alle emorragie.

P. A.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(495) *Sulla pratica delle disinfezioni.* — Come da me, così da tutti gli altri colleghi sarà stato inteso e si sentirà il bisogno, quando il dovere ci chiama presso qualche ammalato di malattie infettive e contagiose, di un mezzo pratico e pronto, che permetta una sicura e rapida disinfezione degli abiti che indossiamo. È un problema questo, che merita tutta l'attenzione degli studiosi perchè il medico, eventualmente, non si renda inconsapevole propagatore di germi infettivi. L'anno scorso, proprio nella « Posta degli abbonati » il « Policlinico » consigliava per certe disinfezioni: vapori di formolo prodotti per via chimica, dalla miscela cioè della soluzione acquosa di formalina del commercio e di permanganato di potassio.

Ma crede, cotesta onorevole Redazione, che questo trattamento sia veramente efficace per tutti gli agenti patogeni delle più comuni malattie infettive?

Non esiste altro mezzo più pronto e sicuro?

Sono stati fatti studî sul riguardo in qualche Istituto di igiene e quali?

Non è il caso di parlare del vapore acqueo e molto più di quello sotto pressione perchè i comuni abiti che indossiamo non resisterebbero a questo trattamento e d'altro lato la modestissima borsa del medico non permette che il suo guardaroba venga frequentemente rinnovato.

Sarei grato se cotesta onorevole e colta Redazione, con la sua consueta diligenza e cortesia, volesse, con una certa larghezza, trattare questo argomento od in un articolo della Rivista oppure nella « Posta degli abbonati ».

Con perfetta osservanza

Dott. Francesco Lutri Sirugo.

Il collega presenta un serio problema praticamente di difficile soluzione.

Non conosciamo altro di meglio della sterilizzazione con i vapori di formaldeide, comunque ottenuti, per quanto tale metodo presenti inconvenienti non lievi.

Non può essere messa in dubbio la sua efficacia, purchè la formaldeide agisca per tempo piuttosto lungo e gli abiti siano bene sciorinati.

A nostro avviso però ci sembra più che sufficiente la precauzione di mutare d'abito, entrando nella propria casa, nell'anticamera o in una camera destinata a tale uso, dove vi sia un armadietto per custodire gli abiti che si indossano durante le visite ai clienti e un lavabo per lavarsi le mani dopo averli tolti di dosso.

g. s.

(496) *Disinfezione nella meningite cerebro-spinale.* — Quali sono le più efficaci e pratiche disinfezioni del rino-faringe per la profilassi nelle epidemie di meningite cerebro-spinale?

Con ossequi e ringraziamenti.

Abbonato n. 1774.

Tra i mezzi consigliati per distruggere il meningococco di Weichselbaum nella cavità nasofaringea i più efficaci e più semplici sono quelli delle inalazioni di vapori di iodio o dell'applicazione diretta della tintura di iodio convenientemente diluita con glicerina.

La disinfezione profilattica del naso-faringe con questi metodi avrebbe dato durante le epidemie di meningite cerebro-spinale degli eccellenti risultati.

DR.

(497) *Effetti secondarî delle iniezioni di gelatina.* — Ho usato le iniezioni di gelatina in una donna con metrorragia ed ho visto comparire fenomeni tetanici: spasmi, contratture, stringimento alle mascelle e ciò dopo un giorno dalla iniezione.

Questi fatti sono però scomparsi dopo qualche ora.

Prego dirmi qualche cosa in proposito specie sui pericoli delle iniezioni di gelatina.

Dottor Alfa da R.

La sindrome spastica insorta *dopo 24 ore dalle iniezioni di gelatina,* e *dileguatasi in poche ore* fa escludere che essa possa essere in rapporto con l'introduzione della gelatina stessa.

Non v'ha tetano umano che compaia dopo 24 ore con fenomeni generali, quali quelli da Lei descritti; in generale l'incubazione varia dai 4 (minimo) agli 11 e più giorni. Anche per il tetano sperimentale negli animali sono necessarî da 1 a 3 giorni e la sindrome è progressiva (dal punto d'inoculazione ai gruppi muscolari più lontani); ma allora si tratta di inoculazioni massive.

Se possiamo escludere che la sindrome spastica sia in rapporto con la gelatina, ci mancano i dati utili per una adeguata spiegazione (emorragia grave? ecc.).

La gelatina per iniezioni deve essere usata, solo quando si abbiano garanzie sufficienti di una razionale e completa sterilizzazione. Essa, data la sua provenienza, può essere inquinata da spore di tetano, e non sono rarissimi i casi di morte provocati dal suo uso.

D'altra parte la sterilizzazione ordinaria altera le proprietà emostatiche della gelatina stessa ed è perciò che ogni farmacopea esige un metodo speciale di sterilizzazione, *e spesso il controllo biologico e culturale* (farmacopea svizzera) della gelatina messa in commercio.

Noi, prima di usare la gelatina, pretendiamo di conoscere i processi con cui è stata sterilizzata, e per maggiore garanzia, quella gelatina sulla quale i controlli voluti biologici e culturali sono stati eseguiti.

Al di fuori del pericolo grave del tetano, le iniezioni di gelatina non presentano inconveniente alcuno.

t. p.

(498) Le sarò tenuto se nella «Posta degli abbonati» vorrà indicarmi il modo di prender il capo e la posizione da dare a questo allo scopo di arrestare l'epistassi. Sono cose che ho già lette anche nel *Policlinico,* ma per quanto abbia cercato non ho più trovato i numeri dove erano stampate. La prego perciò di non mandarmi alla ricerca di questi fascicoli che più non tengo, ma di spiegarle esattamente in codesta rubrica.

S. Giovanni in Croce (Cremona).

Dr. A. Ferrari.

Può leggere quanto chiede alla pag. 246, fascicolo 7, dell'annata 1913. Riteniamo superfluo ripeterci.

R. B.

Le Domande per la «Posta degli abbonati» e i Quesiti pel "Doctor Justitia", non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto le une quanto gli altri debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinte, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

VARIA.

Le vittime della guerra. — Un errore che esagera agli occhi di molti il pericolo cui si va incontro nella guerra è il credere che la mortalità dei combattenti sia elevatissima. Invece anche le battaglie più micidiali hanno dato un massimo di 20 per cento di morti; ordinariamente la percentuale è stata molto più bassa, del 10, del 5 e al disotto; le guerre, come è noto, risultano di varie operazioni belliche di cui le più cruente sogliono essere le battaglie, per modo che, considerando la guerra nel suo insieme, la percentuale si riduce ancora.

In una guerra accanitissima come l'attuale, che mette in opera mezzi poderosi di distruzione e che si prolunga da nove mesi, la perdita di vite non risulta più alta che nel passato.

Infatti, secondo le statistiche della Croce Rossa Svizzera, le perdite subite dai diversi Paesi belligeranti fino a due mesi addietro sarebbero state le seguenti:

Serbia. — Malati e feriti 126.000; invalidi 19.500; prigionieri 46.000; morti 87.550. Totale 283.050.

Montenegro. — Malati e feriti 38.000; invalidi 12.500; prigionieri 18.500; morti 22.000. Totale 91.000.

Giappone. — Malati e feriti 38.000; invalidi 5.500; prigionieri 2.200; morti 11.500. Totale 57.200.

Russia. — Malati e feriti 1.100.000; invalidi 421.500; prigionieri 460.000; morti 443.000. Totale 2.424.500.

Belgio. — Malati e feriti 62.500; invalidi 27.500; prigionieri 49.500; morti 72.500. Totale 212.000.

Francia. — Malati e feriti 717.000; invalidi 439.000; prigionieri 494.500; morti 464.000. Totale 2.114.500.

Inghilterra. — Malati e feriti 185.000; invalidi 45.500; prigionieri 82.500; morti 116.500. Totale 429.500.

Austria-Ungheria. — Malati e feriti 688.000; invalidi 96.500; prigionieri 138.000; morti 341 mila. Totale 1.263.500.

Germania. — Malati e feriti 1.000.000, invalidi 983.000; prigionieri 338.000; morti 441.000. Totale 2.762.000.

Totale generale: 9.737.250 uomini, dei quali circa 2 milioni di morti.

È questa una cifra spaventevole, ma che perde del suo significato qualora si raffronti al totale di oltre 20 milioni di combattenti, il che dà una percentuale inferiore al 10, ossia di un morto ogni 10 combattenti.

La temerità espone ad una mortalità alta; ma ad una mortalità altissima, terrificante, espone il poco coraggio: la quantità maggiore di uccisi infatti suole aversi nei reparti in fuga, negli eserciti in rotta.

La vigliaccheria è dunque un fattore psicologico il quale influisce sulle perdite in senso disastroso, non solo per gl'individui, ma anche per la collettività combattente. Un esercito che non conosce la fuga ma la ritirata agguerrita e resistente, che non volge mai le spalle al nemico, che fugge solo... in avanti, generalmente subisce una percentuale assai ridotta di perdite.

In base all'alta percentuale del 10, se l'Italia chiamerà in armi un milione e mezzo di combattenti, si può prevedere una perdita approssimativa di 150,000 vite, ossia tre volte superiore a quella determinata dal disastro della Marsica.

Vittime del terremoto. — Intorno ai colleghi colpiti nelle regioni del terremoto possiamo dare le seguenti notizie.

Perirono quasi tutti colla famiglia ad Avezzano, il dott. Coretti Antonio, il dott. Cortelli Agapito, il dott. Ferrini Paride, il dott. Gasparri Cesare, il dott. Rajnaldi Alfredo consigliere dell'Ordine, il dott. Sferra Edoardo, il dott. Benedetto, il dott. Çerri Antonio, il dott. D'Andrea Nazzareno. A Collarmeri perì il dott. Polidoro Giuseppe. A Celano il dott. Costantini Benedetto. A Gioja dei Marsi il dott. Mascitelli Enrico, il dott. Mulè Calogero. A Ortucchio il dott. Zugaro Enrico. In Ajelli il dott. De Ecclesiis Marcello. A Cerchio il dott. Manzi Luigi. Fra i superstiti sono il dott. Corbi Antonio di Avezzano, il dott. Di Pietro Andrea di Cappelle ricoverato all'Ospedale militare del Celio in Roma, dove trovasi forse tuttora convalescente con frattura dell'omero destro e di una pulmonite sopraggiunta, il dott. Gentile Felice di Cese, ricoverato ferito nell'Ospedale militare principale di Roma, il dott. Lugini Domenico di Fiamignano, ferito, trasportato a Rieti, il dott. Chiola Loreto di Ortucchio, ferito gravemente, con complicanze cerebrali, il dott. Petrangeli Giuseppe di Petrella Salto, pure ferito, il dott. Mascitello Guglielmo di Gioja de' Marsi (*Pensiero sanitario*, 1915).

Interessante e pratica pubblicazione:

Dott. ELIO FABBRI

GUIDA ALL'ESAME DELL'INFORTUNATO

(Manuale di Semeiotica Speciale)

Un volume di 164 pag., in-16°, con tavole fuori testo.

I nostri associati che desiderano provvedersi di questo utile manualetto, lo riceveranno prontamente spedendo alla nostra Amministrazione sole L. 2.25 mediante cartolina-vaglia, la quale dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. Enrico Morelli, via del Tritone, 46 - Roma

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

Dott. PUBLIO SENSINI. *Reinfezione e superinfezione nella sifilide.* (Tesi di libera docenza). Ancona. Pucci, 1914.

Le questioni della reinfezione e della superinfezione nella sifilide hanno in questi ultimi tempi acquistato un sapore di novità ed una importanza assai maggiore che per il passato, potendo ora essere studiate e possibilmente risolute, oltre che con criterii puramente clinici, anche con il sussidio dei recentissimi studî sull'agente etiologico della lues e sulle speciali reazioni che presenta il siero di sangue dei sifilitici.

A questi due argomenti, che si ricollegano a quello non meno interessante della immunità sifilitica, ha dedicato il dott. P. Sensini un notevolissimo lavoro che crediamo opportuno segnalare ai nostri lettori.

Premesso un breve riassunto storico sulla questione, l'A. tratta nei successivi capitoli della superinfezione nel periodo d'incubazione del sifiloma iniziale, durante la presenza del medesimo, nel periodo della seconda incubazione, nei periodi secondario e terziario con manifestazioni in atto.

Nel V capitolo passa quindi allo studio della reinfezione sifilitica e ad esso tien dietro un riassunto di tutti i casi, pubblicati sino ad oggi, di reinfezione verificatasi durante e dopo i primi tre anni della malattia.

L'VIII capitolo è dedicato alla sifilide acquisita negli eredo-luetici, il IX ed ultimo infine all'immunità nella sifilide.

Nella trattazione di così interessanti argomenti, il Sensini mostra una profonda competenza ed una solida preparazione scientifica, di cui fan fede, con il ricco materiale bibliografico, la copia delle notizie, raccolte e vagliate al lume di una critica serena ed obbiettiva, ed il *lucidus ordo* con cui sono esposte.

Il lavoro del Sensini è un importante contributo alle nostre conoscenze su problemi sino ad oggi in parte ancora oscuri, e si raccomanda, anche per la forma piana e corretta, agli studiosi della materia. S.

A. PASINI. *Concetti e nozioni fondamentali di patologia e terapia della sifilide.* Ulrico Hoepli. Milano, 1915. L. 2.

È un compendio prezioso delle recenti feconde scoperte scientifiche sulla patologia e sulla terapia della sifilide. L'A. ha abituale il pregio di una chiarezza massima di idee e di una nitida espressività di pensiero, che rendono sommamente utili gli scritti suoi. In questo manuale il medico ed il profano troveranno, chiaramente espresse, la dottrina e l'applicazione pratica delle nuove conquiste sperimentali e terapeutiche nella sifilidologia, con una critica serena degli inconvenienti e dei vantaggi delle nuove cure e delle antiche. In queste pagine, per chi non è della specialità, è agevole orientarsi fra le comuni incertezze ed i facili dissensi sulla terapia moderna della sifilide. Vi è sufficientemente svolta anche la cosidetta cura abortiva della sifilide.

p. s.

L'editore Leopold Voss di Lipsia annunzia la pubblicazione di un'opera grandiosa dal titolo: *Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit* (Lesioni della cute cagionate dai mestieri e dal lavoro industriale).

Verrà diretta dal dott. Karl Ullmann e dal prof. J. H. Rolle; ne saranno collaboratori una settantina di specialisti, tra cui il dott. Carozzi ed il prof. Devoto per l'Italia.

Uscirà in fascicoli di circa 3 fogli di stampa, al prezzo di 5 marchi ciascuno; le puntate saranno complessivamente 16 incirca.

Si prega d'inviare lavori o informazioni concernenti la patologia professionale della cute al dott. Karl Ullmann (Privatdozent au der Universität, Dozent au der Exportakademie, Wien, affinchè se ne possa tener conto nella redazione del lavoro.

(Questa notizia ci era stata comunicata prima della nostra guerra).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

SPINELLI MAMELI. La Röntgenterapia dei fibromiomi uterini. — Napoli, 1914.

DE IOANNA VITO. Studio clinico ed anatomopatologico sui corpi dimenticati nel cavo addominale durante operazioni chirurgiche. — Avellino, 1914.

MINERBI CESARE. Il determinismo fisico del « signe du sou », trasmissione dei suoni e risonanza in semiologia toraco-polmonare. — Firenze, 1914.

BASILE CARLO. La meteorologia della Leishmaniosi interna nel Mediterraneo. Contributo critico agli esperimenti di trasmissione. — Roma, 1914.

VIVIANI GIOVANNI. Presente ed avvenire dell'Ospitale Maggiore di Crema. (Relazione). — Crema, 1914.

LAMARI A. Lesioni chirurgiche e franklinizzazione. — Salerno, 1914.

D'AMICO VINCENZO. Sulla terapia medicamentosa diretta delle pleuriti sierofibrinose. — Milano, 1914.

RUBINO C. — Osservazioni ematologiche nella vaccinazione antitubercolare. — Napoli, 1914.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'ora della disciplina.

Qualche collega ci scrive riprendendo la vecchia quistione circa l'assegnazione dei gradi nell'esercito ai medici esenti da obblighi di leva richiamati in servizio in occasione della guerra. Si afferma che a questi medici si farebbe un trattamento troppo largo, che li metterebbe in una posizione di illegittima superiorità in confronto degli ufficiali medici richiamati dal congedo.

Le categoriche e precise disposizioni del Governo non ci consentono di prendere in esame su questo giornale una tale quistione.

Ma anche se tali disposizioni non fossero ci saremmo astenuti lo stesso dall'aprire la discussione su di un argomento che riguarda unicamente interessi particolari.

Troppo in alto stanno i nostri cuori, troppo forti sono le lotte alle quali dobbiamo essere temprati perchè possiamo immiserire ed attristare il nostro spirito in piccole quistioni d'amor proprio e di compensi.

Il nostro giornale è stato sempre una palestra aperta a tutte le quistioni riguardanti gli interessi della classe medica, è stato sempre l'assertore fermo e dignitoso dei diritti dei medici, ma ora commetterebbe un crimine di lesa patria e di lesa umanità se si prestasse a sostenere proteste e lotte, che possono intaccare la disciplina, il prestigio, la dignità del servizio medico dell'esercito.

In un'ora così tragica, nella quale è in giuoco il destino della patria, le competizioni economiche, le preoccupazioni di carriera, le quistioni di gerarchia devono essere messe da parte. Ognuno deve rendersi utile nel modo che sa e può, ognuno, qualunque sia il posto che occupa, deve sapersi rendere utile nel modo migliore.

Nel momento in cui la Nazione è in pericolo tutti gli elementi individuali, ciascuno secondo le proprie attitudini, bandendo ogni quistione di dignità e di particolare interesse, devono mirare ad un unico scopo: la conservazione e l'integrità dell'organismo di cui fanno parte, la Patria.

Quando per così nobile ideale si va incontro a sofferenze, a disagi senza pari, si rinuncia agli affetti, alla vita, si può e si deve sicuramente rinunciare a tutto quanto potrebbe offuscare la santità della causa per la quale si combatte.

Nell'ora che volge tutto ciò che è interesse particolare deve scomparire e mai più di adesso l'individuo deve sentirsi parte di un tutto, al quale deve tutto sacrificare. Non è più tempo di pretese, ma di rinuncie.

Nell'ora che volge un solo diritto abbiamo noi: il sacrificio, un solo dovere: ubbidire, un solo palpito: la patria, una sola volontà: la perseveranza, una sola fede: la vittoria.

* * *

Per la sincerità dei concorsi. — Non è priva d'interesse la questione dei concorsi ai posti di chirurgo degli ospedali dei centri minori. Gli avvisi di concorso non parlano che di titoli e l'esito del concorso è molto spesso origine di malumori e di accuse alle Commissioni giudicatrici, che non sempre sono privi di fondamento.

Ora se si pensi che nei concorsi per titoli, un chirurgo non si può giudicare altro che su eventuali pubblicazioni, su presentate statistiche operatorie senza controllo, si può domandarsi: come è possibile fare una classifica giusta ed imparziale sul valore di un chirurgo senza averlo mai visto all'opera?

Molte volte qualcuno dei concorrenti è conosciuto da qualche commissario, spesse volte fu già assistente, ed allora sorge naturale il dubbio che il preferito nel giudizio sarà il candidato conosciuto, con danno di altro sconosciuto e forse di maggior valore.

Ora tale stato di cose crea difficoltà insormontabili per i giovani chirurghi che da un posto desiderano passare ad altro migliore e che, studiosi ed abili esaminatori ed operatori, sono vissuti sconosciuti nel silenzio del loro lavoro, e non di rado si vedono posposti a giovani che sono vissuti sotto le ali protettrici di qualche grande chirurgo che rilasciò loro bensì certificati completi in tutti i sensi, ma che probabilmente non li ha mai lasciati lavorare da sè.

Per rimediare a tale inconveniente i concorsi dovrebbero essere indetti con esame clinico-pratico, e sarebbe desiderabile che fossero esclusi dalle Commissioni tutti quei chirurghi che hanno avuto per assistente qualcuno dei concorrenti.

Sarebbe anche utile che tutti i chirurghi degli ospedali minori potessero per turno recarsi nel grosso centro ospedaliero più prossimo, per un periodo di tempo ad eseguire qualche atto operatorio sotto la sorveglianza di chirurghi del posto, e ad apprendere anche nuovi metodi operatori e nuovi metodi d'indagine clinica e questo potrebbe costituire un titolo non disprezzabile, fra i molti di dubbio valore.

La proposta potrebbe essere presa in considerazione dalle Associazioni sanitarie o dagli Ordini dei medici e credo che promuovendo un

provvedimento, che mi pare necessario, si farebbe un vero atto di giustizia a buon numero di colleghi.

A. DIAN.

(*Dal Boll. della Camera sanit. e degli O. M. F. di Venezia*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5255) *Indennità di cavalcatura - Certificati di morte.* — Il Dott. abbonato n. 4296 desidera conoscere se il medico che riceve indennità per cavalcatura corrisponda bene al proprio dovere mantenendo continuamente a sua disposizione un cavallo in virt di un contratto di noleggio stipulato con una locale impresa e se tale soluzione possa essere esclusa dal fatto che per il passato il medico ebbe sempre un cavallo proprio. Desidera anche conoscere a chi spetta rilasciare il certificato di morte fra due medici, di cui uno non è stato più chiamato da quindici giorni presso l'infermo e l'altro lo ha visitato solamente per due volte in tale periodo di tempo.

Noi crediamo che bene adempia all'obbligo della cavalcatura, il medico che abbia sempre a sua disposizione un cavallo in virtù di contratto stipulato con un noleggiatore del luogo. Al Comune interessa che il servizio si faccia bene e con la sollecitudine desiderata e richiesta dai bisogni locali, ma non deve inquirere sulle modalità adottate dal medico, alla responsabilità del quale è affidato il regolare andamento del servizio. Il certificato di morte deve essere rilasciato da quel sanitario che negli ultimi quindici giorni di vita visitò per due volte l'infermo.

(5257) *Cassa di previdenza - Ufficiale sanitario.* — Il Dott. G. F. da F. desidera conoscere se egli, essendo in servizio precedentemente alla estensione della legge sulla cassa di previdenza agli ufficiali sanitarii, abbia ora l'obbligo di iscriversi alla Cassa sol per aver ottenuto un lieve aumento di stipendio.

Avendo ora ottenuto l'aumento dello stipendio a lire 800, ha l'obbligo della iscrizione alla Cassa di previdenza. Non monta che non siasi iscritto per molti anni, perchè non ha mai percepito lo stipendio minimo prescritto.

(5258) *Condotta piena.* — Il Dott. P. S. da S. desidera conoscere se un Comune sia tenuto per legge a bandire un concorso di condotta medica semplicemente pei soli poveri o se possa estenderlo alla generalità degli abitanti. Se il Comune possa insorgere contro le determinazioni della autorità superiore che vorrebbe limitare la condotta ai soli poveri. Dato che il Comune possa continuare ad avere la condotta per la generalità degli abitanti quale via legale si dovrebbe tenere per bandire il relativo concorso.

Il Comune è obbligato per legge a provvedere al solo servizio di cura e di assistenza sanitaria pei poveri, cioè, alla sola condotta residenziale. Nel caso che non ecceda il limite legale della sovraimposta o la condotta piena si renda necessaria per assicurare un buon servizio pei poveri, può dalle autorità tutorie essere autorizzato ad allargare la condotta. La condotta piena non è, pertanto, ammissibile o quando il Comune presenta eccedenza alla sovraimposta o quando nel Comune esistono altri liberi esercenti, o quando lo stipendio assegnato pel solo servizio dei poveri sia sufficientemente rimuneratore. Se l'autorità tutoria ha vietata la condotta piena per uno dei suddescritti motivi, il provvedimento è da ritenere completamente legale ed inoppugnabile. Che se, invece, nessuno di detti motivi esiste ben può il Comune ricorrere al Governo del Re contro di esso ed attenutone l'annullamento bandire il concorso per la condotta estesa alla generalità degli abitanti.

(5259) *Medico della Croce Rossa.* — Al Dott. G. C. F. da A. d'A. rispondiamo che se per la Croce Rossa si applica il R. decreto di esenzione per la chiamata dei militari alle armi, Ella essendo unico medico del Comune, può ottenere effettivamente l'esonero previa esibizione di un certificato con cui il Sindaco, sotto la propria responsabilità, attesti essere l'opera di Lei assolutamente indispensabile per il regolare andamento del servizio sanitario.

(5261) *Chiamata sotto le armi - Esonero.* — Al Dott. abbonato n. 1871 rispondiamo che sembra giusto nel caso esposto che restino nel Comune entrambi i medici condotti, che hanno il servizio dell'ospedale militare con duecento letti. Attesa, però, la specialità del caso non sarebbe, secondo noi, superfluo informare del fatto il Distretto militare, il quale potrebbe prendere una decisione al riguardo dopo aver consultato il Comando di Corpo di armata.

(5262) *Copie notarili in bollo.* — Al Dott. M. G. da V. rispondiamo che per le copie notarili di documenti occorre adoperare pel 1° foglio la carta da lire 2.40 e per gli altri quella di lire 1.25. Le varie copie possono essere fatte una di seguito all'altra senza spazii intermedii. La firma del notaio deve essere legalizzata dal Presidente del Tribunale.

(5264) *Croce Rossa - Esonero dalla chiamata sotto le armi.* — Il Dott. G. E. da C. desidera conoscere se essendo unico medico della condotta e della stazione sanitaria abbia diritto ad esonero dalla chiamata sotto le armi e, nella affermativa, se abbia il dovere di prestar ser-

vizio presso la Croce Rossa, ove è inscritto da due anni.

A norma del R. decreto del 13 aprile 1911 essendo unico medico del Comune o della stazione sanitaria ha diritto allo esonero sempre che il Sindaco, sotto la propria personale responsabilita, attesti che l'opera di lei sia assolutamente indispensabile per il normale andamento del servizio. Tale certificato si deve presentare al Distretto militare. Riteniamo che la ragione che determina la esenzione dal servizio militare sia egualmente concorrente per l'esonero dal servizio della Croce Rossa.

(5265) *Medici di reparto ferroviario.* — Al Dott. G. B. da M. rispondiamo che l'amministrazione delle ferrovie non può sottoporre la nomina a condizioni nuove non previste nel bando di concorso. Risponda che non può lasciare, per tale ragione, la carica di ufficiale sanitario, che sarà esercitata in modo da non mancare mai e per nessuna ragione al dovere inerente al proprio ufficio di medico di reparto. Se sarà licenziata, ricorra alla IV Sezione del Consiglio di Stato.

(5266) *Medico condotto fratello del sindaco.* — Il Dottor Argo desidera conoscere se sia compatibile a' termini di legge che il medico condotto sia fratello del sindaco.

Non vi è incompatibilità per il medico condotto che sia fratello del sindaco. Ogni qual volta si dovrà in Consiglio deliberare a riguardo di detto medico, il sindaco si dovrà astenere, cedendo temporaneamente la presidenza ad altro consigliere od allo assessore delegato od anziano.

(5267) *Chiamata alle armi - Esenzioni.* — Il Dott. abbonato n. 4777 desidera conoscere se l'esenzione per la chiamata alle armi sia limitata ai medici condotti o si estenda a tutti i medici residenti in un determinato Comune.

Noi riteniamo che l'articolo 1°, lettera *q*, del R. Decreto 13 aprile 1911, n. 374, si applichi unicamente ai medici condotti, essendo essi soli obbligati alla cura ed assistenza sanitaria. Pei liberi esercenti l'esercizio è facoltativo e non avendo, pertanto, alcun impegno, possono ben prestare il servizio militare. Il succitato articolo parla, infatti, sempre di medici condotti e se non ripete la parola nei capoversi esplicativi lo è perchè non si è, forse, ritenuto necessario rilevandosi dalla intera portata dell'articolo la ragione, lo scopo e la estensione della sancita esclusione. Del resto noi crediamo necessario che Ella si rivolga, in caso di chiamata, non alla Prefettura, che non ha competenza in materia, ma bensì al Distretto militare cui farà tenere un certificato rilasciato dal sindaco con cui tale funzionario, a norma dello articolo 4 del succitato R. Decreto, attesti sotto la sua personale responsabilità che la di Lei opera è assolutamente necessaria pel regolare andamento del servizio.

(5268) *Documenti da esibirsi nei pubblici concorsi - Decorrenza del biennio di prova.* — Il Dott. A. F. da C. R. desidera conoscere se quando nello avviso di concorso si dice generalmente che i documenti di rito debbono essere di data non anteriore ai sei mesi si debba intendere anteriore alla data dello avviso di concorso od alla data di presentazione dei documenti e se il periodo di interinato, seguito da nomina regolare in base a concorso, debba intendersi compreso nel biennio di prova.

La data dei documenti di rito è sempre riferibile a quella del bando di concorso e non a quella della effettiva presentazione dei documenti. Il periodo di interinato, se è seguito da regolare nomina in base a concorso, va compreso nel biennio di prova necessario per lo acquisto della stabilità.

(5269) *Croce Rossa - Medico ospedaliero - Chiusura di ospedale.* — Il Dott. G. C. da S. desidera conoscere se in caso di mobilitazione sia della Croce Rossa sia dello Esercito al medico primario di un ospedale civile autonomo venga conservato il posto e lo stipendio, e se l'Amministrazione ospedaliera per economia non volendo sopportare la spesa di un interino possa chiudere l'ospedale e se nel caso di chiusura competa al medico lo stipendio.

Secondo le norme che furono fatte adottare, or non è molto, ai Comuni ed alle Opere pie a riguardo dei rispettivi impiegati chiamati sotto le armi è indubitato che in caso di mobilitazione i medesimi sono considerati per ogni effetto di legge come in congedo. È, quindi, loro conservato il posto e lo stipendio per l'intera durata del servizio. È impossibile che un ospedale, eretto in ente morale, si chiuda per non sopportare la spesa di un interino. L'ente deve aver vita sempre indipendentemente dalla maggiore o minore difficoltà e dispendio per ottenere la collaborazione delle persone fisiche, che ne costituiscono il funzionamento. Se l'ospedale fosse chiuso, locchè non crediamo, al medico potrebbe essere negato lo stipendio come in caso di forza maggiore, anche perchè egli, per la chiamata sotto le armi, non sarebbe in grado di prestare effettivo servizio.

(5270) *Ufficiale sanitario senza nomina - Competenze - Cassa di previdenza - Contributi.* — Il Dott. abbonato n. 7228 desidera conoscere se avendo esercitato di fatto, ma senza nomina, le funzioni di ufficiale sanitario, gli spetti l'assegno all'uopo stanziato in bilancio di lire 100 e se nel Comune ove esercita a scavalco sia tenuto

SUSSIDI TERAPEUTICI IODO-ORGANICI.

La medicazione iodo-minerale ha dal punto di vista farmacologico, carattere eminentemente osmotico determinato dalla diffusibilità degli ioduri, dalla loro immediata e brusca eliminazione, fattori questi ultimi, a cui si connettono fenomeni di intolleranza iodica e di iodotossicità, donde la esiguità delle applicazioni terapiche.

Di contro alla azione osmoterapica (meccanoterapica) degli ioduri, sta l' azione bioterapica degli iodo-organici.

I caratteri individuali farmacologici dei peptoiodici sono realizzati dal " PEPIODAL ".

Il " Pepiodal " è una sintesi iodo-peptica ad intensità iodica graduabile, solubile, assorbibile gradatamente, di lenta e graduale eliminazione.

Le ricerche del Dott. Andruetto nella Clinica Generale del Prof. Bozzolo, denunciano le seguenti cifre relative alla permanenza e durata delle reazioni iodiche nelle urine.

" Pepiodal "	1° g.	ore 14
"	2° "	" 17
"	3° "	" 24
"	4° "	" 30
"	5° "	" 40 (1)

Le proprietà del " Pepiodal " che lo rendono superiore agli altri preparati iodici, sono state illustrate dal Dr. Giannelli (2) che espone in un suo interessante studio, le ricerche ed i risultati ottenuti dal prodotto.

Tali proprietà spettano prevalentemente agli iodo-peptoni a differenza di altri preparati che vennero posti in onore precedentemente, come le iniezioni del Durante ed i composti grassi, i quali ultimi sono molto stabili di modo che lo iodio si libera con una soverchia lentezza e sono assai poco diffusibili.

Ne avviene che lo iodio permane a lungo nell'organismo, ma vi rimane legato al corpo grasso e non agisce come iodio libero che assai lentamente; mentre invece i composti del iodio col peptone (di cui il " Pepiodal " è da preferirsi), sono solubili e diffusibili, ed inoltre poco stabili, così che circolano facilmente nell'organismo ove si scindono in modo graduale e continuo, cedendo gli ioni del metalloide alle sostanze albuminoidi con cui lo iodio forma quelle combinazioni molecolari che vengono poi distrutte ed eliminate.

Gli iodopeptoni sono dunque oggigiorno i preparati che meglio rispondono alle esigenze terapiche.

I migliori risultati l'A. li ha ottenuti dal " Pepiodal " che ha il vantaggio del pronto assorbimento e di una molto più lunga permanenza nell' organismo, ove circola allo stato di iodio senza mai dare fenomeni d'intolleranza.

La maggiore fissazione iodica è data dal V° grado di Pepiodal (10 ctg.) che rappresenta il massimo di utilizzazione che consenta l'organismo allo iodio senza reagire con fenomeni di intolleranza e con fenomeni tossici.

Che l'associazione dei peptoni allo iodio conferisca alla sintesi che ne deriva, proprietà istotropiche, risulta dalle attitudini che acquista lo iodio quando viene introdotto nell' organismo sotto forma di " Pepiodal ".

Proprietà terapeutiche del " Pepiodal ". — Le proprietà terapeutiche del " Pepiodal " si riassumono in *batteriolitiche, opsonogene, fagocitogene, emoproduttive.*

L'aumento del tasso leucocitario si rileva dagli esami emoscopici fatti dal Dott. Andruetto della Clinica di Bozzolo e sopratutto dalle indagini emometriche. Riferiamo qualche esempio:

Caso I. - Enterite specifica:		
prima della cura	Emometria	55
dopo la cura . .	"	65
Caso II. - Bronco pneumonite specifica:		
prima della cura	Emometria	50
dopo la cura . .	"	60
Caso III. - Tubercolosi incipiente:		
prima della cura	Emometria	45
dopo la cura . .	"	70
Caso IV. - Annessite specifica:		
prima della cura	Emometria	50
dopo la cura . .	"	70

Applicazioni cliniche generali del " Pepiodal ". — In linea generale esse sono costituite dal grande gruppo delle affezioni del ricambio ivi compresi i processi degenerativi arterio-sclerotici delle infezioni croniche (sifilide, tubercolosi) e da tutte le insufficienze di sviluppo e deficenze nutritive che preludono alle manifestazioni di gravi infezioni e ne dispongono favorevolmente il terreno.

Anzi, sotto questo aspetto, il " Pepiodal " deve essere considerato come un mezzo profilattico contro lo sviluppo della tubercolosi specialmente chirurgica per le proprietà ad esso riconosciute dagli autori che lo hanno studiato, di modificare cioè il terreno emolinfatico così da esaltare i poteri di reazione e stimolare la nutrizione e modificarla in guisa da impedire lo sviluppo bacillare.

Per quanto concerne le manifestazioni sifilitiche il " Pepiodal " è diretto a combattere le sindromi tardive rappresentate da alterazioni gommose e da alterazioni arteriali degenerative (arteritis sifilitica, gomme, cachessie sifilitiche), ma può trovare la sua indicazione anche nelle manifestazioni precoci della lues quando vengono costituite da alterazioni nervose, da anemie sifilitiche precoci, ma in tal caso il suo impiego non deve andare disgiunto dai preparati mercuriali.

Un altro largo campo di applicazioni è offerto dalle forme morbose del ricambio sia che rivestano la forma artritica cronica, sia la forma gottosa, sia sopratutto la forma arteriosclerotica.

Il " Pepiodal ", trova quindi la sua applicazione nelle:

I. - Distrofie uricemiche;
II. - Nelle forme distrofiche che precedono lo sviluppo delle affezioni croniche;
III. - Nelle forme tubercolari torpide;
IV. - Nelle manifestazioni tardive della lues;
V. - Nelle lesioni arteriosclerotiche.

Il " Pepiodal " non ha alcuna controindicazione.

Dott. PAOLO MANCINI
degli Ospedali di Roma
già Direttore del Sanatorio nervosi S. Colomba.

(1) Dr. ANDRUETTO — *Della medicazione jodica e di un nuovo preparato organico di jodio.*

(2) Dr. GIANNELLI — *La Iodoterapia con speciali considerazioni sul " Pepiodal ".*



"Pepiodal"

(Pepto-Iodo) -- Dott. Foglino
a goccie e per iniezioni ipodermiche, di
:: :: :: I, II, III, IV e V grado :: :: ::

Alcuni certificati Medici:

OSPEDALE VESPUCCI - FIRENZE (Detto di S. Giovanni di Dio) — Firenze, 29 Novemre, 1914

— DIREZIONE —

Il "Pepiodal" del Dott. Foglino corrisponde assai bene nelle lesioni tubercolari chirurgiche, quando occorra agire su di esse con una terapia jodica.

Prof. NICOLA GIANNETTARI
Direttore Ospedale Vespucci.

DOTT. S. SBERNA
Primario Specialista di Dermosifilografia
FIRENZE — Firenze, 11 Novembre, 1914

Il "Pepiodal" in uso nella mia sezione ospedaliera e nel Poliambulatorio Fiorentino risponde benissimo anche come tolleranza nelle forme morbose di cui mi occupo (sifilide - eczemi cronici - degli arteriosclerotici uriemici).

Firmato: Dott. S. SBERNA

Dott. Prof. EMILIO PERRERO
DOCENTE IN NEUROPATOLOGIA
— ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO — — Torino, 30 Maggio 1913.

Ho sperimentato nella cura delle malattie organiche del sistema nervoso centrale le iniezioni di III°, IV°, V° di "Pepiodal" del Dr. Foglino e sono lieto di poter dichiarare che questa eccellente preparazione mi ha dato ottimi risultati.

Firmato: Dr. Prof. EMILIO PERRERO
Direttore Sezione Malattie Nervose all'Ambulatorio Policlinico, Via S. Secondo, 11 - Torino.

"RICINOL"

Olio di ricino preparato con processo speciale da semi italiani. La sola preparazione del genere, assolutamente priva di odore e di sapore.

L' Ideale dei Purganti!

Il flacone piccolo L. 0,60 — Flacone grande L. 1,10

"Saliodal"

(CRISTALLI JODATI DOTTOR FOGLINO)

Il miglior rimedio depurativo del corpo, del sangue, e delle mucose.

Sue applicazioni: *Stati uremici, Stati acidoemici, Stati glicoemici, Stati morbosi legati ad ipertensione.*

Il flacone grande L. 3 — Flacone monstre L. 4,50.

"Sédol"

Fiale per iniezione ipodermica a base di bromidrato di scopolamina, cloridrato di etilmorfina e morfina con solfato di sparteina in soluzione nel siero fisiologico.

Antispasmodico, Ipnotico, Analgesico

— La scatola di 12 fiale L. 4. —

In vendita presso le buon[e] Farmacie e presso la SOCIETA ANONIMA FARMACEUTICA TORINESE —::— Via Principi d'Acaja, N. 44 - ::— TORINO

a pagare per intero il contributo per la Cassa di previdenza.

Non avendo ottenuta la nomina prefettizia per la carica di ufficiale sanitario non ha diritto di percepire lo assegno all'uopo stanziato in bilancio. Avendo però esercitato di fatto le relative funzioni potrebbe avere dal Comune un'equa gratificazione. Per effetto dell'articolo 7 del testo unico delle leggi sulla Cassa di previdenza qualora il medico condotto presta simultaneamente servizio presso due o più Comuni, riuniti o no in Consorzio, il contributo per la Cassa di previdenza viene ripartito in ragione degli stipendi che vengono dai detti Comuni corrisposti.

(5271) *Cura piena - Obblighi di servizio.* — Il Dott. F. S. S. da S. desidera conoscere se l'unico medico condotto di un Comune a cura piena è tenuto a visitare gratuitamente i forestieri che vi risiedono temporaneamente e senza che paghino alcuna tassa al Comune, neppure quella di focatico.

Gli obblighi di servizio pel medico condotto a cura piena sono determinati dal capitolato. Ci sembra, però, che non pagando le persone indicate nel quesito, alcuna tassa nel Comune, nè essendo naturali del luogo, non abbiano diritto alla cura ed assistenza sanitaria gratuita.

(5272) *Provvedimenti per combattere l'alcoolismo - Visita a case di nuova costruzione.* — Il Dott. A. G. da P. chiede conoscere se l'ufficiale sanitario abbia, e nella affermativa a carico di chi, diritto a compenso od al chilometraggio per la visita dei locali destinati alla vendita di sostanze alcooliche e se abbia egualmente diritto ad indennità od al chilometraggio per la visita delle case di nuova costruzione.

Per la visita dei locali adibiti a vendita di sostanze alcooliche e per la visita delle case di nuova costruzione esistenti fuori del centro abitato competono all'ufficiale sanitario le indennità di trasferta a carico del Comune stabilite dallo articolo 86 del regolamento sanitario del 19 luglio 1906. Tale massima fu anche sancita dalla Corte di appello di Macerata con sentenza del 21 gennaio 1913 e dalla Corte di cassazione di Roma con sentenza del 10 nov. stesso anno.

Doctor JUSTITIA.

I Quesiti pel "Doctor Justitia„ e le Domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinti, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

CONDOTTE E CONCORSI.

ARPINO (*Caserta*). — Condotto generalità; L. 2200 lorde con due decimi pel 1° quinquenn. e un decimo per due quinquenni successivi. Età massima 35 anni s. e. r. Scad. 15 giugno.

* ARTENA (*Roma*). — A tutto il 10 giugno, una delle due condotte, L. 4000 lorde, di cui 2/3 pei poveri. Servizio entro 10 giorni. Ab. 6000 di cui 1400 nelle frazioni.

AVELLINO. — Capo del Labor. medico-micr. di vigilanza igien. fra i Comuni della provinc. Documenti entro ore 12 del 15 giugno al presidente del Consorzio, sindaco di Avellino. Titoli speciali. Esami. L. 3000, tre aumenti sessennali del decimo; partecipazione agli utili derivanti dalle analisi ai privati e da altri eventuali proventi.

BERGAMO. *Consiglio Istituti ospitalieri.* — Primario della sezione oftalmica; L. 1500 nette di R. M. Scad. ore 15 del 10 giugno. Memorie e lavori scientifici a stampa ed in tre copie. Esami. Potranno essere rimandati gli esami ed annullato il concorso in causa della mobilitazione. Servizio 12 nov.

CANTIANO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto 10 giu. 2° reparto; condotta semiresidenziale; L. 3000 fino a 1000 poveri, L. 75 per ogni cento pov. in più o frazione, L. 50 per ogni cento o frazione semiabbienti, L. 250 se U. S., lorde. Accettaz. entro 20 giorni, servizio entro 30 giu. Ab. 4658, di cui 2502 nel reparto, ettari 4100. Osp. civico.

CHIAMPO-SAN PIETRO MUSSOLINO (*Vicenza*). — Condotta; L. 4000 con l'obbligo del cavallo e per i soli poveri. Residenza a Chiampo. Termine 30 giugno. Documenti di rito.

CODIGORO (*Ferrara*). — A tutto il 10 giugno. Residenziale. Stipendio L. 3200 con tre aumenti sessennali di 1/10. Ind. di cavalc. obblig. L. 600.

CORIVINO S. QUIRICO (*Pavia*). — Consorzio con Torricella Vezzate, Oliva Gessi; abitanti 3141. Cura piena. Stip. complessivo L. 5500. Mezzo generico di trasporto. Tre aum. sess. Scadenza 10 giugno.

CRESPINO (*Rovigo*). — A tutto il 10 giugno 1° reparto. Non meno di due anni di assistentato effettivo in un ospedale o due di condotta medica chirurgica; L. 5500 con due sessenni; assic.; cinque frazioni; ab. 2550; km. 3 × 5; servizio nell'ospizio comunale e ambulatorio; obbl. mezzo di trasporto; servizio entro 15 g.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Primario medico. Età massima 40 anni; 10 anni di laurea e 5 di servizio effettivo; salvo eccezioni contemplate nell'avviso di concorso; pubblicaz. in 5 esemplari. Servizio entro 10 giorni. Documenti alla Segreteria entro le ore 17 del 10 giugno.

GIMIGLIANO (*Catanzaro*). — 2ª condotta; L. 2200 lorde, con aumenti sess. Età limite 35 anni, s. e. r. Servizio entro 20 giorni. Scad. 30 giugno.

NUVOLATO (*Mantova*). — Condotto; L. 3000 e indennità L. 600; residenziale. Socialità sanissima. Scad. 8 giugno.

OLDENICO (*Novara*). — Popol. ab. 715; L. 2650 in corso di approvazione, oltre a L. 50 quale u. s., e L. 200 per indennità alloggio. Scadenza 15 giugno.

ORBETELLO (*Grosseto*). — 2ª condotta. Scadenza un mese dal 5 maggio, L. 3000 lorde, di cui 800 per i poveri e 2200 per gli abbienti; quattro quinquenni. Servizio entro 20 giorni. Probabile assegnazione riparto ferroviario Orbetello 3, con assegno di L. 1040.

OTRICOLI (*Perugia*). — Concorso medico chirurgo prorogato a tutto il 15 giugno; lorde lire 4000. Rivolgersi al Sindaco.

PIETRA MONTECORVINO (*Foggia*). — Condotta poveri; ab. 4138 in unico centro; 7000 ha.; poveri 1/3 circa. Scad. 15 giu. L. 1500 lorde, con sessenni, oltre un decimo d'indennità malaria.

* POLINAGO (*Modena*). — Prima condotta; ettari 2002.330; abitanti 2370 di cui 100 con diritto a cura gratuita; L. 2700 lorde; tre quinquenni di L. 200; assicur. Età limite 35 anni. Servizio entro 10 giorni. Scad. a tutto il 14 giugno.

PORTO MANTOVANO (*Mantova*). — A tutto il 10 giugno, frazione Soave, residenziale; L. 3000 lorde e tre sessenni; L. 600 indenn. cavalc.

RIMINI. — Due medici supplenti aggregati all'Ufficio d'igiene municipale; L. 2500 lorde. Trasferta (indennità di vettura) di L. 3 per le condotte III e IV urbane e di L. 8 per le condotte di campagna. Nomina per un biennio. Età massima anni 35. Assunzione in servizio entro 15 giorni. Scadenza 5 giugno.

* ROCCA DI PAPA (*Roma*). — Medico chirurgo; L. 3600, più L. 100 per cura abbienti. Scadenza 7 giugno.

ROMA. *Comune*. — Concorso per titoli e eventualmente esami all'incarico di medico chirurgo specialista in odontoiatria e stomatologia presso l'ambulatorio centrale, con l'indennità di L. 1000. Incarico per un biennio. Età massima anni 35. Richiedere schiarimenti. Scad. 3 giugno.

ROMA. *Ministero dell'interno* (Direzione e generale della sanità pubblica). — È indetta una sessione di esami per la concessione della autorizzazione a viaggiare come medico di bordo. Vedi fasc. 21. Scad. 15 luglio.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Straordinari alle cattedre universitarie di patologia chirurgica a Cagliari; anatomia a Sassari; zoologia, fisiologia e anatomia comparate a Sassari; medicina legale a Sassari; fisiologia a Pavia; clinica oculistica a Cagliari. Scad. 25 settembre.

* SALTARA (*Pesaro-Urbino*). — Al 12 giugno, condotta; L. 3000 pei poveri e L. 1000 per gli abbienti, lorde; L. 100 quale U. S.; L. 700 d'indenn. cav.; tre sessenni su L. 4000; assicurazione. Servizio entro 15 giorni.

* SCALDASOLE (*Pavia*). — Condotto; L. 3800 più L. 100 u. s., e L. 100 locale ambulanza. Abit. 1200. Scad. 15 giugno.

SPIRANO (*Bergamo*). — A tutto 15 giugno, condotta con Lurano; L. 4400 lorde, compreso mansioni u. s. Servizio entro 8 giorni. In comune havvi l'ospedale.

VERONA. *Consiglio ospitaliero*. — Concorso per titoli ed anche per esami, al posto di primario specialista in otorinolaringoiatria presso l'Ospedale Civile. Stipendio L. 1200 lorde, quattro quinquenni del decimo. Scadenza 15 giugno.

VILLAGA (*Vicenza*). — A tutto il 6 giugno. Residenziale. Stipendio L. 3500. Ind. U. S. L. 200. Ind. cav. obbl. L. 800. Alloggio gratuito.

VILLAPUTZU (*Cagliari*). — Condotto generalità 3058 ab.; L. 4000 oltre mese di licenza in L. 300; verrà affidato a pagam. il dispensario tracomatoso stabilito dallo Stato; altro cespite d'entrata è costituito dai lavori del Flumendosa, dalle periodiche lavorazioni del carbone e dal promettente sviluppo delle miniere. Scad. 15 giugno.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuova diffida: Grignano (Rovigo).

Revoca di diffida: Baschi (Perugia).

Ci si comunica:

A nome della Sezione dei Castelli Romani dell'A. N. M. C., prego la S. V. Ill.ma di voler prendere buona nota che il concorso alla condotta medico-chirurgica di Rocca di Papa è stato da questa Sezione stessa diffidato e per l'insufficienza dello stipendio (L. 3600 lorde) e per non aver voluto quel Municipio accettare i vari desiderata della classe (sessenni, ecc.).

Ciò nell'eventuale caso che il Municipio di Rocca di Papa voglia far pubblicare, anche sul diffuso ed apprezzato periodico dalla S. V. Ill.ma redatto, l'avviso di concorso a quella condotta.

Ringraziando ed ossequiando

Il Segretario della Sezione
D. Gioacchino Marchetti.

Castel Gandolfo (Roma).

VALENZA. *Instituto Médico Valenciano*. — Premi straordinari. 1° Studio critico sui trattamenti moderni della febbre tifoide; 2° Valore pratico della chirurgia intra-cerebrale; 3° Monografia su tema libero: titolo di soci onorari. — Fondazione Röel: 2500 pesetas e titolo di socio onorario: topografia medica di provincie designate della Spagna; 4000 pesetas e titolo di socio onorario: anatomo-patologia del fanciullo applicata alla medicina operatoria. Ai primi tre premi sono ammessi i medici stranieri. Scadenza 31 marzo 1916.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Nel corpo sanitario militare.

Il Bollettino Militare pubblica la determinazione ministeriale per la quale ai capitani medici iscritti nell'annuario militare con anzianità al 16 giugno 1907 fino al capitano medico Rizzi Luigi incluso, è conferita la qualifica di primo capitano medico.

***

LONDRA. — Il prof. Frederick Taylor è stato eletto presidente del « Royal College of Physicians », in sostituzione di sir Thomas Barlow.

NOTIZIE DIVERSE.

Ufficiali medici di Marina.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato il decreto che autorizza il ministro della Marina a nominare, fino al 31 dicembre 1915, ufficiali di complemento del corpo sanitario militare marittimo, i laureati in medicina e chirurgia di età non superiore ai 40 anni e non vincolati al servizio militare nel R. Esercito, i quali ne facciano regolare domanda; ferme restando le disposizioni in vigore che regolano il normale reclutamento dei tenenti e sottotenenti medici di complemento.

Sarà assegnato il grado di tenente medico di complemento ai medici nominati in base a quanto sopra, e il grado di capitano medico di complemento a quelli di essi che posseggono il diploma di libera docenza o siano primari in un ospedale principale.

I professori ordinari e straordinari di medicina e chirurgia delle Regie Università del Regno possono essere nominati maggiori medici nella Riserva Navale (squadre mobilitabili), anche se abbiano oltrepassata l'età di 40 anni.

I tenenti medici attuali iscritti nei ruoli degli ufficiali di complemento e della Riserva Navale che non abbiano oltrepassata l'età di 40 anni, potranno essere nominati capitani nei rispettivi ruoli se posseggano i titoli contemplati per questo grado, come è detto sopra.

Le nomine sono subordinate all'accertamento dei titoli richiesti e della attitudine fisica.

L'Amministrazione ospedaliera di Roma per raccogliere i soldati feriti.

L'Amministrazione degli Ospedali di Roma, che già si rese tanto benemerita in occasione del terremoto marsicano, ha ora disposto che siano apprestati numerosi letti per i feriti in guerra. A tale nobilissimo scopo, una parte dei cronici trasportabili sarà inviata negli ospedali di Viterbo e di Civitacastellana; l'Amministrazione pertanto confida che la cittadinanza sopporterà volentieri il sacrificio del momentaneo allontanamento degli infermi, riflettendo che con ciò si renderà più agevole e più efficace la cura dei nostri valorosi soldati.

L'iniziativa è del R. Commissario comm. Lusignoli.

I medici romani attendono di essere chiamati negli ospedali.

Parecchi medici liberi esercenti, esenti da ogni impegno sia con la Croce Rossa sia con il servizio militare, rilevano che in questo momento eccezionale non si è pensato dal Consiglio dell'Ordine dei medici di convocare un'adunanza speciale di detti medici, affinchè, dopo uno scambio di idee, vagliate le proposte più opportune, potesse nominarsi un comitato permanente da coadiuvare la direzione degli ospedali e le sanità pubbliche, in questo momento eccezionale.

La Croce Rossa Americana a disposizione del nostro Governo.

Con il piroscafo « Canonic » sono giunti da New York a Genova i componenti la sezione americana della Croce Rossa destinata a Budapest.

Appena appresero l'imminente entrata dell'Italia in guerra sospesero la loro partenza per l'Ungheria e decisero di mettersi a disposizione del governo italiano.

Ciclo di conferenze pel pronto soccorso a Napoli.

In luogo delle consuete lezioni di Clinica chirurgica, ma negli stessi giorni ed all'istessa ora (martedì, giovedì e sabato dalle ore 10 alle 11) nell'Anfiteatro della Clinica chirurgica, al Policlinico, in via Sapienza, il prof. Padula tiene una serie di conferenze sul « Pronto soccorso chirurgico ». A queste conferenze, oltre i medici e gli studenti, sono liberamente ammessi tutti i cittadini che desiderano assistervi.

Per le famiglie dei richiamati.

La casa Erba ha fatto pervenire ai suoi operai e impiegati il seguente comunicato del titolare della Ditta:

« Più che mai in questo momento dobbiamo sentirci fratelli, uniti tutti dallo stesso ideale, dobbiamo tutti aiutarci.

Sicuro di interpretare il pensiero delle signore proprietarie, perchè i nostri impiegati e i nostri operai partano con animo sereno, stanzio un fondo di centomila lire che dovrà servire per aiutare le loro famiglie durante la guerra.

Visconte di Modrone ».

Edilizia e igiene nei paesi terremotati.

Il Ministero dell'Interno ha emanato, d'accordo con quello dei Lavori pubblici, uno schema di norme tecniche e igieniche per le nuove costruzioni da farsi nelle località colpite dal terremoto. Tali disposizioni vennero già sanzionate da reale decreto, e sono riportate nella « Gazzetta Ufficiale » del giorno 11 corrente.

Nuovi ospedali.

A Busto Arsizio (Milano) venne, con largo intervento di autorità e di cittadini, inaugurato il nuovo civico ospedale. L'edificio è grandioso e verrà a costare circa un milione: la metà della somma è stata fornita dalla beneficenza cittadina. I padiglioni sono disposti su di un vasto spiazzo, riuniti da corridoi coperti e circondati da giardini e orti. Vi è anche una chiesetta con l'appartamento del cappellano. Sorge a parte il fabbricato per gli uffici amministrativi.

A Daste (Bergamo) venne inaugurata la nuova Pia Casa di Ricovero, dovuta alla munifica generosità di Francesco Gallicciolli, che lasciò erede di tutta la sua sostanza la Congregazione di Carità.

La Casa può contenere circa 600 letti, e la distribuzione degli edifici è predisposta in modo di poter fornire, con spesa relativamente tenue, un ampliamento sino a contenere 800 persone.

Beneficenza.

L'Ospedale di Mistretta ha ereditato 60,000 lire dalla compianta signora Maria Lo Jacono.

L'architetto C. Pinto ha offerto L. 1000 a beneficio della Sezione foto-radioterapica dell'Ospedale Maggiore di Milano.

La «Cassa di Maternità» a Palermo.

Mercè l'opera indefessa del prof. Giglio, la Cassa di maternità di Palermo comincia a funzionare e dare buoni risultati.
Essa integra altre opere, come l'assistenza ostetrica e il baliatico.

Insegnamento della patologia professionale.

Il prof. Ettore Tedeschi, primo aiuto della Clinica medica di Genova, venne proposto con voto molto lusinghiero dalla facoltà medica di Genova per l'incarico dell'insegnamento della «patologia professionale». Ci rallegriamo vivamente per l'iniziativa e per la felice scelta colla facoltà e col prescelto.

Per l'insegnamento dell'igiene nelle scuole.

Il Comune di Duemiglia (Cremona), ritenendo molto opportunamente che il primo passo verso l'applicazione della igiene scolastica debba essere costituito dal dare agli insegnanti le norme fondamentali di questa nuova branca della igiene sociale, ha pensato di far tenere al corpo insegnante comunale un breve corso di lezioni, che indichi almeno le direttive fondamentali per la applicazione della igiene della scuola. A tale fine fu invitato il dott. Ragazzi, che ritenne doveroso di secondare la moderna iniziativa e si recò a Cremona per tenere dette lezioni di carattere prevalentemente pratico e corredate sempre da numerose proiezioni.

La lotta contro le epidemie in Serbia.

Si è costituito a Nish, la capitale serba, un Ufficio internazionale per la lotta contro il tifo esantematico, malattia che fa stragi straordinarie in quel paese.
Presidente dell'Ufficio è il principe Alessandro di Serbia; vice-presidente l'inglese sir Ralph Paget; direttore medico l'americano dott. Richard P. Strong, di Boston, capo della Missione sanitaria mericana. Membri dell'Ufficio sono i capi delle Missioni sanitarie francese, inglese e russa, i rappresentanti sanitari dei Ministeri civili e militari e vari membri della Skopelia.
Il dott. Strong chiede urgentemente altri 25 medici ed ispettori sanitari, un ingegnere sanitario, forti stocks di antisettici e di vaccino anticoleroso, dieci grandi automobili da campo, ecc.; inoltre egli ritiene necessaria la cooperazione di 150 tra medici, ispettori e studenti di medicina del 4° (ultimo) anno, sotto la dipendenza diretta del Governo centrale.

Richiesta di carri-sterilizzatori in Francia.

La Croce Rossa Francese ha lanciato un appello per avere nuovi carri automobili per la sterilizzazione, addetti al campo ed agli ospedali. La Croce Rossa Americana ha risposto con una sottoscrizione per fornire un automobile del costo di 2000 dollari; vi ha concorso con 1000 dollari; altri 500 sono stati versati dalla signora Levi P. Morton; la somma rimanente viene raccolta dalla signora G. C. Lodge.

I medici cubani per la Croce Rossa Francese.

I medici cubani hanno costituito ad Avana un grande comitato per la raccolta di doni e contributi a favore della Croce Rossa Francese.
La «Revista de Medicina» annunzia che già è stata donata un'ingente quantità di tabacco da distribuire tra i combattenti: 6500 libbre di trinciato, 19,000 pacchi di sigarette e 5 casse contenenti 11,300 «tabacos», insieme a 164 casse di zucchero, 4 di caffè, molto rhum e danaro.

Bisogno di medici in Russia.

Secondo informazioni della «Frankfurter Zeitung», il presidente della Croce Rossa Russa avrebbe telegrafato ai presidenti delle Croci Rosse Svedese e Norvegese per avere dei medici che volessero prestare la loro opera negli ospedali di Pietrogrado. La risposta sarebbe stata che non è disponibile all'uopo nessun ufficiale medico di terra e di mare.
Secondo i giornali medici tedeschi, tutti i medici russi che servono nella Croce Rossa fuori di patria sono stati sollecitati a rimpatriare.

Eccesso di "esperienze mediche sul fronte".

La «Deutsche Mediz. Wochenschrift» ammonisce i 20,000 medici tedeschi sotto le armi che essa dispone di uno spazio limitato e quindi non può dar corso a tutti gli articoli che le pervengono sul «piede da trincea» o sulle «ferite del cranio», ecc. Anche qualora lo spazio lo consentisse, si richiederebbe un fiume d'inchiostro, a non dir nulla della carta. La mole del periodico è stata sensibilmente ridotta; perciò anche articoli importanti e di viva attualità non vi trovano subito posto, a meno che non siano contenuti nei più stretti limiti possibili di spazio.

Il «letto di morte dei tabloidi».

Sotto il titolo «Am Totenbett der Tabloids», i «Therapeutische Monatshefte» rilevano gli sforzi fatti in Germania per svalutare e sopprimere l'uso delle specialità inglesi e specialmente delle tavolette in miniatura, tanto in favore un tempo. L'«Apotheker-Verein» o Lega dei farmacisti offre i suoi servigi ai medici per aiutarli a trovare degli equivalenti, fabbricati in Germania, delle specialità straniere, ed ha pubblicato una lista di sostituti.
Il giornale continua: «Questo movimento è una necessità politica insieme e patriottica. Ma gli stessi motivi patriottici possono difficilmente assegnarsi ai numerosi produttori chimici della Germania, i quali — emergendo da questo fiotto montante — hanno cercato la tutela legale per un ugual numero di nomi di fabbrica. Invece del singolo termine di «tabloid», otto nuovi nomi sono stati brevettati: «compret», «primoid», «puroid», «trochoid», «tablettidae», «tablonettae», «tablettae marke Hageda» e le tavolette poste in commercio da un sindacato con le iniziali della ragione sociale «M. B. K.». La «Pharmazeutische Zeitung» propone ancora un altro termine: «piluloid». Il giornale continua rilevando il danno e il ridicolo di tali eccessi.
Lo stesso giornale menziona un altro esempio della stessa tendenza: la proposta di sostituire ad «ampule» o fialetta il termine fantastico di «amphios» o di «amploid».
Desumiamo questa ed altre notizie di questa rubrica dal «Journal A. M. A.».

Per le ricerche sulle malattie tropicali in Inghilterra.

Nel 1912 il Parlamento inglese concesse 86,125 lire; nel 1913 lire 90,000 alle varie scuole e laboratori di malattie tropicali per ricerche nelle colonie. La somma lo scorso anno venne ripartita nel modo seguente: lire 25,000 a ciascuna delle scuole delle malattie tropicali di Liverpool e di Londra (laboratori di protozoologia) e 12,500 lire all'Università di Cambridge (Quicks's Laboratory).

A Londra Leiper si occupò della « Filaria Loa » in rapporto colle « Calabar Schwellungen »; Wenyon riferì sulla Leishmaniosi sud-americana e sul Kala-azar a Malta; a Liverpool Stephens e Blaklok sul « Tr. Brucei »; Yorke e Blacklock sul tripanosoma della durina (male del coito degli equini).

Dai vari istituti e laboratori della Guiana inglese, di Ceylan, Figi Hong-Kong, Giamaica, Isole Leeward, Stati della Malesia, Sierra Leone, Trinitad, Isole Windwards si ebbero larghi e preziosi contributi su molte malattie tropicali, e segnatamente sulle framboesie, anchilostomiasi, malattia del vomito, filariosi, ecc.

Un Istituto privato per la cura delle malattie infettive a Tokio.

Il prof. Shibasaburo Kitasato — il celebre collaboratore di von Behring nella scoperta del siero antidifterico — ha abbandonato la direzione dell'Istituto Imperiale per lo studio delle malattie infettive, istituito dal Ministero dell'interno del Governo giapponese. Altrettanto hanno fatto i direttori dei laboratori di cui risulta l'Istituto, professori T. Kitashima, K. Shiga, S. Hata, M. Miyajima, Y. Terruuchi, S. Umeno, S. Kusama.

Essi hanno fondato un nuovo Istituto privato, che porta il nome d' « Istituto Kitasato per le malattie infettive » e che ha sede egualmente a Tokio.

Un ospedale ortopedico a Vienna.

È stato inaugurato a Vienna un Istituto per il trattamento delle deformità. Risulta di un ospedale, che comprende 1000 letti dei quali 600 già sono occupati, di un dispensario e di una scuola per deformi, in cui vengono insegnati 24 mestieri e che verrà ancora ingrandita.

All'uopo sono stati utilizzati i locali di una vecchia scuola.

A dirigere l'istituzione è stato chiamato il prof. H. Spitzy.

La Casa Langenbeck-Virchow a Berlino.

La nuova sede delle Società medico-chirurgiche di Berlino sta per essere completata. La biblioteca viene già trasportata nei nuovi locali. Risulta dalla riunione di molte biblioteche parziali, ciò che ha consentito di raccogliere 113,000 volumi.

Congressi medici americani.

Si sono adunati o si adunano in questi giorni negli Stati Uniti: il 2° Congresso degli immunologi, il 18° Congresso dei gastro-enterologi, il 71° Congresso dei medico-psicologi, il Congresso dell'Accademia Americana di Medicina, la quale si occupa prevalentemente di medicina sociale.

Statizzazione della chinina nel Venezuela.

Un decreto del presidente del Venezuela, in data 19 dicembre 1914, assicura una larga scorta di chinina e provvede a diffonderne l'uso; affida all'ufficio sanitario nazionale il compito di regolare la vendita del prezioso medicinale al prezzo di costo; stabilisce che le istituzioni di assistenza pubbliche e private, l'esercito e le drogherie all'ingrosso ed al minuto potranno essere provvedute al prezzo di costo. L'ispezione sulla qualità del rimedio e la distribuzione sono affidate al Ministero dell'interno.

Il pericolo delle prescrizioni per telefono.

Ad un chirurgo di Londra è occorso il seguente caso.

Per telefono egli ordinava una soluzione di solfato di eserina contenente 1/75 di grano del rimedio, per una iniezione ipodermica da praticare ad un suo paziente ricoverato in una casa di salute.

Il farmacista fraintese e preparò una soluzione contenente 0.75 di grano, cioè 60 volte più forte. Subito si accorse dell'errore e ne avvertì per telefono il medico; questi a sua volta telefonò alla casa di salute, ma troppo tardi per prevenire la somministrazione. Immediatamente il medico corse in automobile dal suo malato, non senza essersi provvisto di un antidoto, ma fece appena in tempo per assistere alla morte.

Per fortuna, si trattava di un canceroso.

Un Ufficio gratuito di Informazioni Bibliografiche.

Presso la Biblioteca popolare centrale del Consorzio milanese (via Ugo Foscolo, 5), ha incominciato a funzionare un servizio pubblico e gratuito di consulenza bibliografica.

Le informazioni di qualunque specie, che si riferiscano a libri ed autori, possono essere domandate da chiunque, direttamente, o per telefono (apparecchio n. 11,186), durante l'orario di biblioteca, o per iscritto, aggiungendo il francobollo per la risposta.

All'Ufficio di informazioni bibliografiche si possono chiedere ragguagli circa gli autori, gli editori, la data di stampa e il prezzo dei libri; sulle opere pubblicate intorno a determinati argomenti; sui libri da consultare per attingervi le notizie che si desiderano. L'Ufficio risponde inoltre a domande d'informazioni relative a date, personaggi, avvenimenti, località, che si possono rilevare direttamente dalle opere di consultazione di cui è provvisto, e dà pure indicazioni sulle parole d'incerto significato, ortografia e pronunzia.

Questo pubblico servizio di consulenza intellettuale, che si esperimenta per la prima volta in Italia, è largamente esercitato all'estero, e specialmente nei paesi anglosassoni, dalle biblioteche popolari.

Il riposo settimanale per i medici.

La Commissione provinciale di beneficenza ed assistenza pubblica della provincia di Milano ha approvato tra altri provvedimenti la « concessione di riposo settimanale ai medici supplenti dell'Ospedale Maggiore, e le maggiori spese per altro medico, che lo sostituisca ».

Così, il pricipio del riposo settimanale va affermandosi anche per i medici.

Per C. Golgi.

Per solennizzare il 50° anno di laurea dell'illustre prof. Golgi di Pavia, si è costituito un Comitato d'onore formato dalle Presidenze di O. dei M. e di Sezioni M. C., nonchè da rappresentanze di Ospedali e di Istituti.

Un medico autore drammatico.

Al Teatro Argentina di Roma, sere sono fu accolta con applausi la rappresentazione di un nuovo poema drammatico «Oltre l'amore» dovuto al cav. dott. Ettore Giaquinto, medico di Roma valente e reputato.

Meritata condanna.

Il Tribunale penale di Bologna ha condannato a due anni e undici mesi di reclusione un certo Spada, ex ispettore dell'Ospedale di Medicina, ritenuto colpevole di consumata violenza carnale e di atti di libidine verso alcune ammalate ricoverate in quell'Istituto.

Il prof. **Friedrich Loffler,** del quale abbiamo annunziata la perdita (non ci risulta confermato che questa fosse dovuta a tifo esantematico), aveva scoperto il bacillo difterico nel 1884 e in collaborazione con Schültze il bacillo della morva nel 1882.

Aveva fondato nel 1887 con Leuckart e Uhlworm il «Centralblatt für Bakteriologie»; a lungo aveva diretto l'istituto d'igiene della modesta università di Greifswald e di recente era stato chiamato a dirigere l'Istituto per le malattie infettive di Berlino, fondato dal Koch; era stato membro dell'ufficio imperiale di sanità.

Lascia una lunga lista di studi originali di batteriologia e igiene. Fino a questi ultimi anni era rimasto sulla breccia: lo attestano le sue ricerche sui terreni colturali del tifo.

È morto 70enne sir **William Richard Gowers,** il noto cultore inglese di neurologia, il cui magistrale trattato venne tradotto in molte lingue; egli ha portato numerosi contributi originali alla scienza medica.

Si è spento a 38 anni il dott. **Francesco Scordo,** libero docente di patologia medica; era stato assistente nella Clinica medica di Firenze e poi aiuto in quella di Messina; si era occupato con perizia della febbre melitense e della leishmaniosi. Dopo essere rimasto ferito nel disastro di Messina contrasse un male insidioso che lo ha lentamente consumato.

A Muralto (Locarno, è morto il dott. **Giovanni Scazziga,** nestore dei medici ticinesi; lascia 30,000 lire all'asilo infantile.

Vittima del tifo esantematico è morto il dott. **R. Ruberl,** assistente in un Ospedale di Vienna. Catturato dai serbi, contrasse la malattia a Nish, ove accudiva ai malati di un ospedale.

Un'altra vittima della stessa infezione è stato il dott. **H. Sprinzels,** per molti anni assistente presso la policlinica dermatologica di Vienna.

Il dott. **R. Lederer** di Teplitz, un giovane specialista gastro-enterologo, è morto di un'affezione polmonare galoppante, contratta in seguito agli strenui strapazzi sostenuti sul fronte orientale dell'Austria.

Tra le compiante vittime del «Lusitania» è la signora **Depage,** vedova del prof. Depage, della Facoltà medica di Bruxelles. Questi aveva fondato la Società Internazionale di Chirurgia ed aveva organizzato, in qualità di segretario generale, i tre congressi che detta Società ha tenuto. La moglie lo aveva efficacemente coadiuvato nel compito di organizzazione, dacchè ella era una valente poliglotta.

Il decalogo del soldato ferito.

Il decalogo che segue è fornito dal prof. Gustavo Lusena. Sono dieci comandamenti che dovrebbero essere ricordati da ogni soldato e che ad ogni soldato meno istruito dovrebbero essere spiegati. In Germania il Milner di Lipsia ha compilato uno di questi decaloghi, che è distribuito a tutti i soldati che vanno al campo. Questo del Lusena è più semplice e più pratico.

Consta intanto che la «Pro-Patria» e la «Trento e Trieste» lo pubblicheranno in formato cartolina, perchè possa essere facilmente conservato.

1. Non toccare mai la ferita nè colle dita, nè con altro oggetto, che non sia nel pacchetto di medicazione.
2. Copri al più presto possibile la ferita colla garza del tuo pacchetto, ma devi evitare nel modo più assoluto di toccare il pezzo di garza che dovrà venire in contatto colla ferita.
3. Non lavare mai la ferita nè con acqua, nè con soluzione, che puoi credere disinfettanti.
4. Se possiedi la tintura di iodio, applicala intorno alla ferita.
5. Se hai una ferita al ventre bada di non bere e tanto più bada di non mangiare.
6. Se hai una ferita anche leggera al capo, dopo averla fasciata col materiale del pacchetto va subito a farti medicare al posto di medicazione.
7. Se la ferita dà sangue, dopo applicata la garza del pacchetto, stringi bene la fascia in modo da comprimere la ferita.
8. Se si tratta di ferita del braccio o della gamba e ti accorgi che dopo la fasciatura la mano od il piede diventano gonfi, vuol dire che la fasciatura è troppo stretta e che bisogna allentarla.
9. Se a malgrado della fasciatura stretta il sangue continua a scorrere, cerca di comprimere energicamente con una mano la fasciatura stessa contro la ferita, e se si tratta di un braccio o di una gamba prega un compagno che con un fazzoletto o una cinghia o con un laccio qualsiasi ti leghi circolarmente e molto stretto il braccio o la coscia al disopra della ferita, in modo che questa non dia più sangue.
10. Ricordati che dopo essere stato così legato al disopra della ferita, devi subito andare al posto di medicazione, perchè mantenendo per più di due ore il braccio legato in modo così stretto corri il pericolo che la mano cada in cancrena e nel caso di legatura della coscia cadrebbe in cancrena il piede.

Rassegna della stampa medica.

Brit. Med. Journ., 13 marzo. La sepsi orale in rapporto alle malattie generali. — LEDINGHAM e a.: La meningite cerebro-spinale.
Arch. di Scienza ospedal., n. 1. VARANINI: Il «deficit» nei bilanci ospitalieri.
The Americ. Journ. of the Med. Sc., marzo. ALBEE: Gl'innesti ossei. — JONES: Anomalie del colon e pericoliche. — WOHL: Sierodiagnosi della rabbia.
The Journl. of exper. Med., marzo. WHIPPLE e SPEED. Azione degli anestetici sulle funzioni del fegato. — ROBERTSON e BURNETT: Influenza del lobo anteriore del corpo pituitario sullo sviluppo dei carcinomi.
Giorn. Intern. d. Sc. Med., 15 marzo. MONTEFUSCO: Cura della meningite cerebro-spinale epidemica.
Paris Méd., 13 marzo. GILBERT, CHAVIGNY: Le auto-mutilazioni volontarie dei soldati. — MOUCHET: Le congelazioni dei piedi.
Medic. Record, 6 marzo. MORTON: Radiochemicoterapia: terapia interna coi rimedi radioattivi.
The Boston M. a. S. Journ., 11 marzo: HERVES: Lo studio dei disturbi gastrici. — CABOT: Diverticoli della vescica.
The Journal A. M. A., 13 marzo. HORSLEY e WHITEHEAD: L'inversione della circolazione negli arti. — MONTGOMERY: L'acido borico in dermatologia.
Ann. dell'Ist. Maragliano. 1. MORELLI: Di un nuovo metodo per differenziare gli essudati dai trasudati. — SIVORI, CAFFARENA e CORRADI: Sierodiagnosi elmintiche.
Il Morgagni (Riv.), 12 marzo. MASERA: Clinica e terapia del cancro della mammella.
Münch. Med. Woch., 16 marzo. GAUPP: Isteria e servizio militare. — THIENNE: Abilità al servizio militare dei tubercolotici guariti. — KAUP: Le vaccinazioni anticolerose.
Berl. Klin. Woch., 15 marzo. OPPENHEIM: La guerra e la neurosi traumatica. — HIRSCHFELD: Il fabbisogno di albumina nell'uomo.
Wien. Klin. Woch., 18 marzo. RIEHL: Sulle congelazioni.
Bull. de l'Ac. de Méd., 16 marzo. TRÉMOLIÈRES e LOEW: Infezione tetragenica. — LAQUARRIÈRE e PEYRÉ: La fisioterapia preventiva nelle ferite di guerra.
Pathologica, 15 marzo. VOLPINO e BORDONI: Terapia eziologica della pellagra.
La Presse Méd., 18 marzo. Medicina di guerra.
Gazz. d. Osp., 18 marzo. MARIOTTI: Malattia di Reichmann.
Brit. Med. Journ., 20 marzo: LUNDIE e a.: La meningite cerebro-spinale.
The Lancet, 20 marzo. STODDART: La nuova psichiatria. — WALLACE e DUDGEON: Infezione da proteo.
Zbl. f. inn. Med., 20 marzo. EICHHORST: Le emorragie occulte dei bacinetti renali.
Folia Medica, 10 marzo. CASTELLINO: Sindrome di Babinski. — MESSERI: L'urobilinuria nella gravidanza. — PENDE: Infantilismi e ipoevolutismi.
Riv. Ospedal., 15 marzo. MILANI: L'alterazione del corpo calloso nell'alcoolismo cronico. — FUMAROLA: La sindrome dei tumori dell'angolo ponto-cerebellare.
Ann. di Med. Nav. e Col., febbr. CIPOLLONE: Comportamento dei tessuti in presenza di stravasi.
La Rif. Med., 20 marzo. PELLIZZARI: Adeno-carcinoma cilindrico del retto in cura col radium. — CIUFFINI: Emispasmi funzionali. — FORMIGGINI: Narcosi da iniezioni intramuscolari di etere. — MOSTI: Sindrome pseudo-peritonitica.
Pensiero Med., 21 marzo. MORONE: Grossa cisti suppurata dell'uraco.
Arch. des Mal. du Coeur, ecc., marzo-apr. VAQUEZ: L'angina di petto.
Berl. Klin. Woch., 22 marzo. INDENNANS: Ipertrofia congenita delle glandole salivari. — Medicina di guerra.
Boll. Chim.-Farm., 30 marzo. AUTONI: Chemoterapia arsenicale.
Bull. de l'Ac. de Méd. 23 marzo. WIDAL: Vaccinazione antitifica. — Medicina di guerra.
L'Osped. Maggiore, 3. RICOTTI: La reazione agglutinante nell'infezione da micrococco melitense. — CASSARINI: Le aderenze pleuriche.
The Journal A. M. A., 20 marzo. MAYO: Gl'interventi consecutivi alla nefrectomia. — GAYLORD: Sull'etiologia del cancro.
Med. Record, 20 marzo. NICHOLSON: Significato clinico della pressione sanguigna.
Paris Méd., 20 marzo. Meccanoterapia in guerra.
Münchener Med. Woch., 23 marzo. PFEILER e SCHEYER: Sierodiagnosi della sifilide mercè le emolisine e le emoagglutinine. — PLANG, SCHMIDT, RALL. I bacilli difterici nel corpo umano. — Medicina di guerra.
Wien. Klin. Woch., 25 marzo. FRAENKEL, KRAUS, LINDNER, FISCHER: Sul tifo esantematico. — FREUND: Le malattie esantematiche in guerra.
Gazz. d. Osp., 25 marzo. CONO: Il veleno di crotalo nell'epilessia.
Zbl. f. Chir., 27 marzo. NEUMEISTER: Stecche articolate.
La Rif. Med., 27 marzo. ROCCAVILLA: Diagnosi di alcune forme di neoplasia timica.
Pensiero Med., 28 marzo. PESTALOZZA C.: Formula leucocitaria e innervazione vegetativa.
La Presse Méd., 25 marzo. CARNOT e WEILL-HALLÉ: Ricerca del bacillo tifico nell'organismo. — RAMOND, GONBERT: Complicazioni poco conosciute degli orecchioni.
Journ. d. Prat., 27 marzo. HUTINEL: Scarlattine maligne.
Le Progrès Méd., agosto 1914-marzo 1915. LÉGRY: Sintomatologia e diagnosi del tifo addominale e dei paratifi nel periodo iniziale. — MILHIT: Il tifo esantematico.
Gazz. d. Osp., 28 marzo. Radioterapia dell'epitelioma labiale.
Zbl. für Ther., marzo. SCHWARZ: Sull'etiologia del tifo petecchiale.
Il Morgagni, marzo. ANTONELLI: Splenomegalie primitive. — CARPANI: Terapia del rachitismo.
Münch. Med. Woch., 30 marzo. Numero sul tifo. — Medicina di guerra.
La Clin. Med. It., marzo. PORRINI: Contro la meningite cerebro-spinale epidemica. — COLELLA: Arteriosclerosi e neurosi post-traumatiche. — EULLIATO: Su la reazione di Moriz-Weisz. — CECONI: La mielosi acuta.

La Clin. Ostetr., 30 marzo. CARLINI: A proposito di un taglio cesareo vaginale.
The Boston M. a. S. Journ., 25 marzo. I progressi della chirurgia ortopedica.
Il Lavoro, 31 marzo. NICOLOSI: Commozione spinale pregressa; saturnismo cronico; polinevrite.
La Prat. Oto-rino-laring., 31 marzo. CASTELLANI: L'igiene della voce.
Bull. de l'Ac. de Méd., 30 marzo. REYNIER: Patogenesi della fistola anale. — Medicina di guerra.
Revue Neurol., marzo. BABINSKI: Riflessi di difesa. — DEJERINE e MONZON: I riflessi nelle sezioni complete del midollo spinale.
The Journal A. M. A., 27 marzo. HOWARD. L'uso terapeutico del freddo nella tubercolosi. — OUTLAND: Sull'isterectomia vaginale. — BISSELL e LE COUNT: Sulle varie forme di coma.
Medic. Record, 27 marzo. SCHOONMAKER: Significato clinico della fibrillazione auricolare. — SALOMON: La sessualità secondo la concezione di Freud. — AUER: Anisognosia e anisodiaforia.
Berl. Klin. Woch., 29 marzo. — Medicina di guerra.
Rev. Clín. de Madrid, 20 marzo. CARRERAS: Psicosi puerperale.
Riv. Ospedal., 31 marzo. BASTIANELLI R.: Replica. — RAIMOLDI: L'esplorazione funzionale dei reni.
Annales Paulistas de Med. y Cir., genn. MONTENEGRO: Appendicite erniaria. — DE MIRANDA: Eresepila della mucosa.
Anales del Dep. Nacion. de Higiene, genn.-febb. KRAUS e MAZZA: La terapia etero batterica. — CARBONELL e FERNANDEZ: La disinfezione dei cuoi carbonchiosi.
Arch. di Farmac. e Sc. aff., 1 mar. DONZELLO: Ricerche ematologiche sull'avvelenamento acuto da sublimato corrosivo. — NARDELLI: Intorno al canforato di chinina e piramidone. 15 mar. CANTIERI: Colesterinemia in alcuni stati anemici gravi.
Vida e Arte, 1-2. PLINIO: I progressi della patologia e della terapia gastro-intestinale. — LIMA: Reimpianti dentarî. — GOMES: Patogenesi delle emorragie uterine.
Riv. crit. in materia di Infortuni sul Lav., 31 mar. PALAMIDESSI: Il limite minimo di indennizzo per le invalidità permanenti parziali.
L'Idrologia, ecc., feb. MAGRASSI: L'elioterapia nelle malattie chirurgiche.
L'Attualità Med., mar. BORDONI-UFFREDUZZI: Il colera.
Giorn. di Med. Mil., 28 feb. GIORDANO: La cura chirurgica della blefaroptosi paralitica con riguardo al metodo Angelucci. — GAGGIA: Un anno di pratica oto-rino-laringoiatria a Tripoli.
Proc. R. Soc. of Med., mar. L'anestesia chirurgica (discuss.). — Sulla elettroterapia in guerra (discuss.). — L'epidemiologia della meningite cerebro-spinale (discuss.). — La tubercolosi dell'apparato uditivo (discuss.).
Ann. di Ostetr. e Gin., 31 mar. PINNA PINTOR: Gravidanza in corno rudimentale di utero bicorne. — MALAGUZZI-VALERI: Angioma della placenta. — FERRONI: Lesioni infiammatorie annessio-pelviche e gravidanza.
Folia Med., 31 mar. CLEMENTE: Ipernefroma del rene.
La Stomatol., apr. AURELI: Le anestesie tronculari in odontoiatria.
Pathologica, 1 apr. GABBI: Casi autoctoni di sprue nella Calabria e nella Sicilia. — FAGIUOLI: Azione neutralizzante del siero sull'anafilatossina.
La Pediatr., apr. CANNATA: L'adrenalina nel sangue del neonato. — REPACI: Infezioni secondarie nella tubercolosi infantile. — CANNATA: Sull'anafilassi alimentare.
Journ. d. Prat., 3 apr. WIDAL: Sintomi oculari nella nefrite. — PAULIAN: I disturbi nervosi nell'elmintiasi intestinale.
Gazz. d. Osp., 1 apr. GREGGIO: Patogenesi delle neuro-psicosi post-traumatiche. — 4 apr. GHEDINI: Le linfomielosi associate. — CAPPELLO: La reazione di Landau nella sifilide.
La Ginecol., 12-13. RUBBIANI: La resistenza dei globuli rossi nella terapia neosalvarsanica della sifilide. — FORNERO: Elementi lipoidei e mastlipoidei del miometrio umano.
Riv. di Ig. e San. pubbl., 1 apr. DESDERI: La vaccinazione antitifica a scopo profilattico. — SANGIORGI e VENTURELLI: Sulla etiologia del cretinismo endemico.
Arch. d. Mal. de l'App. Digestif. ecc., 1 apr. MIRALLIE: Sulla sindrome d'ipertensione portale. — EINHORN: Esame diretto del contenuto duodenale.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. POZZI, resp.

Anno XXII. Roma, 6 giugno 1915 Fasc. 23

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

I signori abbonati al "Policlinico" che non si sono ancora provvisti del nostro *PREMIO STRAORDINARIO:*

MANUALE di Medicina e Chirurgia di guerra

sono pregati di tener presente che col 30 corrente mese cessa il termine utile per poterlo ottenere per sole

Lire 2

Trascorso detto termine, tale volume resterà in commercio al suo prezzo normale di L. 5.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI MODIGLIANA.

Contributo clinico al trattamento chirurgico chiuso della peritonite acuta appendicolare

per il dott. RICCARDO CARNELLI
chirurgo primario.

Sommario: Potere d'assorbimento e mezzi di difesa del peritoneo. - Tentativi per aumentare la resistenza del peritoneo - Il metodo Murhy e la questione del drenaggio e del lavaggio del ventre. - Il metodo chiuso di Nötzel Rotter. - Alcune storie cliniche dimostrative. - Conclusioni.

Il trattamento chirurgico della peritonite acuta da appendicite ha subìto, in questi ultimi tempi, un notevole progresso, in seguito, specialmente, alle nuove vedute sul potere assorbente e ai mezzi di difesa del peritoneo e alla moderna interpetrazione anatomo-patologica del processo peritonitico stesso.

Mentre per l'addietro, si considerava ogni fatto infiammatorio essudativo generalizzato della grande sierosa addominale come di per sè capace di produrre quasi costantemente la morte, oggidì si tende sempre più a vedere in esso, la resultante delle risorse di difesa che l'organismo oppone al processo morboso invadente ed a riporre la causa prima della gravità eccezionale della malattia nell'infezione che la determina e nell'assorbimento di sostanze tossiche che costantemente l'accompagna.

L'importanza del potere d'assorbimento del peritoneo venne messa in evidenza dopochè v. Recklinghausen (1862) scoperse gli stomi linfatici nella porzione diaframmatica del peritoneo. Sperimentalmente fu dimostrato che per

mezzo di essi piccole goccioline di grasso, o fini corpi pulverulenti, possono, dalla cavità addominale introdursi nei vasi linfatici sottosierosi e di là, per la via del *ductus thoracicus*, nel sistema dei vasi sanguigni.

Non è stato ancora dimostrato se esistono altre comunicazioni col sistema linfatico in altri punti della sierosa addominale.

Muscatello ammette che la membrana limitans sia, sotto lo strato endoteliale, perforata solo nella porzione diaframmatica e che negli altri punti non si possa dimostrare alcuna via di comunicazione.

Beck potè dimostrare nei capillari del fegato, della milza, del rene, dei polmoni, i corpi estranei pulverulenti introdotti nella cavità addominale e giunti così per la via della circolazione sanguigna.

Wegner, per il primo, accennò alla grande capacità di riassorbimento del peritoneo per i liquidi.

Alcuni esperimenti ci dimostrano che gli animali possono assorbire dalla cavità addominale il 3, 3-8 per cento del loro peso, in un'ora; che le sostanze velenose disciolte in acqua ed iniettate nella cavità addominale sviluppano la loro azione in un tempo minore che dalla cavità intestinale.

Schinitzler ed Ewald hanno dimostrato che fra tutte le sostanze disciolte nell'acqua le soluzioni saline vengono assorbite più presto di tutte ma, anche corpi solidi disciolti e liquidi colloidi contenenti sali, sono portati via dal peritoneo. L'aumento dei movimenti peristaltici non accelera, secondo le ricerche di questi autori, l'assorbimento (Clairmont ed Haberer sono di parere contrario), invece una diminuzione dei movimenti stessi determina un ritardo.

L'assorbimento peritoneale non è soltanto un semplice processo fisico, ma esso deriva anche da un processo vitale che consiste in una viva e continua corrente di succhi fra le superfici sierose.

L'assorbimento di un liquido accade per il fatto che esso si mescola alla corrente umorale e giunge, con questa, nel torrente sanguigno e linfatico.

L'isolamento del peritoneo rallenta, secondo Clermont ed Haberer, l'assorbimento. Dalle ricerche di Klapp resulta che l'assorbimento di sostanze sciolte nell'acqua si effettua per la massima parte per la via del sangue e che tutte le alterazioni del sangue determinano, alla loro volta, alterazioni nella quantità dell'assorbimento.

Il dott. A. Cimoroni, in un suo lavoro comparso l'anno scorso nella *Rivista Ospitaliera*, fa di tutte queste nozioni, una esposizione magistrale.

Io mi contento averle brevemente accennate, sembrandomi sufficienti allo scopo del lavoro.

Aggiungerò che al grande potere di assorbimento del peritoneo è uguale la rilevante capacità di trasudazione dello stesso.

Wegner trovò che, negli animali, dopo una iniezione intraperitoneale di una soluzione concentrata di zucchero o di glicerina viene secreta dal peritoneo in breve tempo una considerevole quantità di liquido (4.3-8.3 per cento del peso del corpo in un'ora). Questo fatto fu constatato anche da Schrader.

È noto inoltre come l'essudato peritoneale abbia la tendenza ad organizzarsi, come esso si trasformi in essudato fibrinoso, plastico, cementante e come anche alcuni pezzetti di tessuto vivente o morto come pure corpi estranei delle più diverse specie, purchè *asettici*, possano essere avvolti ed inglobati in queste masse fibrinose. È noto pure come in questo essudato s'introducono i fibroblasti che scacciano i leucociti e conducono alla vascolarizzazione ed alla formazione di tessuto connetivo (briglie peritoneali) che avvolge il corpo estraneo.

È in questo modo che dal peritoneo vengono incapsulati e più tardi assorbiti, senza danno, pezzi di tessuto di una certa mole, pezzetti di lacci, escare necrotiche, legature, ecc.

Contemporaneamente a questi studi ed a queste osservazioni fatte sugli animali e sull'uomo, progredirono e si modificarono i concetti terapeutici dei chirurghi per la cura della peritonite e si studiarono vari mezzi atti ad aumentare la resistenza della sierosa peritoneale.

Così vi fu un tempo in cui si tentò di diminuire la recettività del peritoneo per le infezioni, per mezzo di immunizzazioni specifiche, mediante l'impiego di sieri, magari polivalenti, oppure con l'iperleucocitosi provocata.

Loewy e Richter, per i primi, hanno cercato di provocare artificialmente nell'animale la leucocitosi mediante la iniezione di corpi albuminoidi (spermina) e per tal via diminuire la recettività dell'animale all'infezione (pneumococco).

Jacob con iniezioni sottocutanee di albumose, nei conigli, vide dapprima stabilirsi ipoleucocitosi seguìta da iperleucocitosi e vide che l'inoculazione di germi virulenti (pneumococco, *bacterium* della setticemia dei topi) che riusciva mortale, se fatta durante la ipoleucocitosi, veniva sopportata in dosi molto più alte se fatta durante la iperleucocitosi. Hahn ha visto che il siero del sangue (uomo, cane) spiega un potere battericida durante la iperleucocitosi.

Furono queste osservazioni che dettarono al Labbé la speranza che si potessero trovare sostanze chimiche capaci di provocare un così alto grado di leucocitosi da potersi valere di esse, nell'uomo, non solo come mezzo preventivo ma anche come mezzo curativo.

Il Miyake cercò dapprima di provocare una immunizzazione attiva mediante l'innesto intraperitoneale di coli-bacilli sterilizzati, nelle cavie, ed ottenne così di moltiplicare 20 volte la resistenza dell'animale, ma siccome tale immunizzazione è specifica alla varietà del coli-bacterio impiegata, il Miyake abbandonò questa via e cercò di provocare la diminuzione di recettività a tutti i germi, mediante la iperleucocitosi provocata con iniezione intraperitoneale prima, poi sottocutanea, di varie sostanze.

Il fatto fu confermato da Jalen che la iniezione intraperitoneale di soluzione di Na Cl. da spiccata leucocitosi: il brodo (neutro) è molto meno attivo; attivissima invece è l'iniezione di aleuronato e similmente attiva riesce l'iniezione di acido nucleinico, il quale dà una iperleucocitosi (7-8 volte la norma) in un tempo più breve che le precedenti sostanze. Già dopo 8 ore dalla iniezione.

Falliti però tutti i buoni propositi dei chirurghi che preferivano, nel maggior numero dei casi, di attenersi alla cura aspettante e sintomatica della peritonite (oppio, ghiaccio, iniezioni di sieri e di sostanze atte ad aumentare la resistenza peritoneale) parve al Murphy più conveniente di sostituire un trattamento diretto e pronto per soccorrere, in caso di peritonite conclamata anche circoscritta, i mezzi difensivi naturali dell'organismo, senza per nulla con ciò menomare le forze dell'ammalato.

Il Murphy, in sostanza, non fece che riportare la cura della peritonite purulenta a quella di un qualunque altro focolaio suppurativo ed il suo metodo ormai è universalmente conosciuto.

L'intervento precoce, non appena constatata la peritonite, senza attendere che se ne renda chiara la causa originale, senza tentare iniezioni od altri mezzi che procrastino la operazione, la astensione da mezzi anestetici generali, con la preferenza assoluta all'anestesia locale, la maggior rapidità ed esattezza possibile nell'operare, valgono potentemente ad economizzare le energie dell'infermo.

Col metodo di Murphy è abolito il lavaggio peritoneale prima tanto usato e poi dimostrato così dannoso da Clermont ed Haberer e Peiser, ecc., perchè, con esso, non si farebbe che facilitare il riassorbimento delle sostanze tossiche, senza raggiungere lo scopo ideale di disinfettare il peritoneo.

Per il trattamento post-operatorio poi Mourphy consiglia la posizione del Fowler nell'operato, per raccogliere gli essudati nelle sezioni più declivi dell'addome e per impedirne lo spandimento nelle parti più alte del peritoneo forse ancora illese e la *proctolisi* od *ipodermoclisi*.

E, se la questione del lavaggio e del drenaggio ha potuto avere un certo interesse nel trattamento generale della peritonite acuta generalizzata, nel caso di peritonite appendicolare, di data recente, dove l'essudato pur essendo libero e purulento o siero-purulento è principalmente raccolto in vicinanza dell'appendice infiammata o perforata, questa questione dico perde ogni importanza, inquantochè è ormai dimostrato che è possibile chiudere il peritoneo in primo tempo, senza uso alcuno nè di lavaggio, nè di drenaggio.

È questo uno degli ultimi portati della chirurgia nella cura della peritonite acuta da appendicite, ma occorre avere una certa esperienza per riconoscere quando esista l'indicazione per la chiusura completa del peritoneo.

Questa indicazione resulta specialmente dall'esame accurato e minuzioso del malato. Quando il polso, quantunque più o meno frequente, è in buona pressione, quando non vi è meteorismo, quando il pus si trova in tutta vicinanza del punto ove si opera, quando facilmente si può asportare l'appendice senza manovre tanto lesive, in questi casi è lecito tentare la chiusura del ventre, perchè è supponibile che l'individuo non ancora tanto intossicato si trovi in forze valide, per cui i mezzi di difesa del peritoneo s'esercitino con tutta quella facilità che è base fondamentale di questo genere di trattamento.

Fra i primi ad usare questo trattamento furono Notzel, Rotter, Bauer, ed oggi, in base alle statistiche assai migliorate di guarigioni più rapide di operati di peritonite appendicolare, con questo metodo, anche in Italia l'uso si è esteso e ad attestarne la bontà riporto alcuni casi osservati nella sezione chirurgica dell'ospedale di Forlì, diretta dal valente prof. Solieri.

OSSERVAZIONE I. — B... D.., d'anni 23, f., nubile, da Carpinello. Entra in sezione il 21 luglio 1914 con diagnosi di appendicite subacuta. Operazione il 22 luglio 1914. Anestesia eterea. Laparatomia paramediana destra alla Jalagueir.

L'appendice è lievemente ingrossata e contorta, iperemica. Esistono alcune aderenze dell'omento, una delle quali in prossimità dell'appendice ostruisce una perforazione dell'appendice stessa.

L'appendice si estirpa insieme all'omento resecato, ma distaccando l'appendice e resecando

il fiocchetto di omento aderente, l'appendice si apre e si svuota il suo contenuto purulento. Si eseguisce un'accurata detersione del focolaio con garza sterile asciutta e si chiude il ventre in primo tempo.

Il decorso post-operatorio fu apiretico e l'inferma venne dimessa in 11ª giornata perfettamente guarita.

OSSERVAZIONE II. — M... T... di anni 22, f., nubile ,di Fiumana, Entra in sezione il 17 maggio 1914 con diagnosi di appendicite cronica.

Operazione il 20 maggio 1914. Anestesia eterea. Laparotomia paramediana destra alla Jalaguier.

Si rinviene un'appendice in stato di sfacelo ed in mezzo ad una massa di aderenze epiploiche che formano le pareti di una grossa sacca purulenta.

Con molta delicatezza e cautela si estirpa l'appendice in massa con le aderenze e poscia si fa la chiusura del ventre in primo tempo. Decorso post-operatorio buono. L'inferma viene dimessa in 14ª giornata.

OSSERVAZIONE III. — M... R... di anni 52, m., Formiolo. Entra in sezione il 5 luglio 1914 con diagnosi di appendicite cronica. Operazione il 6 luglio 1914. Nessuna narcosi. Laparotomia paramediana destra alla Jalaguier.

Si trova l'appendice conglobata, in mezzo ad aderenze fra il cieco e l'omento e l'ultima ansa del tenue. Si dissociano queste aderenze e l'appendice appare incastrata fra la parete postero-laterale del cieco e postero-laterale della fossa iliaca. Si tenta isolarla per via retrograda partendo cioè dall'inserzione dell'appendice sul cieco, allacciando man mano i vasi del mesenteriolo partendo da questo punto verso l'estremità distale dell'appendice. Ma ad un certo punto si svuota una raccolta di pus grossa quanto una nocciuola. Si deterge allora con diligenza, si mette l'omento nel focolaio di aderenza appendicitica ed infine si chiude completamente il ventre.

Decorso post-operatorio ottimo. L'infermo viene dimesso in 21ª giornata.

OSSERVAZIONE IV. — P... R..., f., di anni 39, di Villa Grappa. Entra in sezione il 3 giugno 1914 con diagnosi di appendicite acuta flemmonosa. Operazione il 4 giugno 1914. Anestesia lombare. Laparotomia paramediana destra alla Jalaguier.

L'inferma trovasi al 2º giorno del quinto attacco di appendicite. L'appendice è situata al lato infero-interno del cieco e foggiata a punto interrogativo. È grossa, clavata, con pareti flemmonose aderenti alla parete posteriore del ventre e ad anse del tenue. L'omento non prende parte alla riparazione. Il mesenteriolo è ingrossato e trasformato in un ammasso di ascessolini miliari.

L'appendice viene isolata con precauzione senza che si svuotino gli ascessi e portata via in massa insieme col mesenteriolo. Esiste piccola quantità di liquido limpido nel ventre.

Si eseguisce un'accurata nettezza e si fa la chiusura del ventre in primo tempo. Decorso post-operatorio ottimo. La inferma è dimessa guarita in 16ª giornata.

OSSERVAZIONE V. — L... G..., m., di anni 27, di Bronzolino. Entra in sezione il 5 maggio 1914, con diagnosi di appendicite acuta flemmonosa.

Operazione il 6 maggio 1914. Anestesia lombare. Laparotomia paramediana destra alla Jalaguier.

L'appendice è allungata, ingrossata fortemente, iperemica ed allo stato flemmonoso. Su di essa si notano piccoli focolai emorragici ed alcuni punti color di foglia morta. Notansi pure essudati che avvolgono l'appendice ed il mesenteriolo. Si estirpa con cautela l'appendice e si procede alla chiusura del ventre in primo tempo.

Decorso post-operatorio buonissimo. L'infermo è dimesso in 13ª giornata.

OSSERVAZIONE VI. — E... R..., f., di anni 18, da Forlì.

Appendicite acuta flemmonosa.

Operazione (8 luglio 1914). Temperatura 38°.5. Laparotomia paramediana destra alla Jalaguier.

All'apertura del ventre esiste in modica quantità ed in tutta vicinanza dell'appendice, liquido torbido. L'appendice si presenta ingrossata, a forma di clava, in mezzo ad una grande quantità di aderenze epiploiche che la fissano alla parte posteriore del cieco. Durante l'asportazione dell'appendice si rompe un focolaio purulento per il quale si teme, dapprima, di poter chiudere il peritoneo in primo tempo. Però eseguita un'accurata detersione del focolaio morboso si chiude il peritoneo ma dopo 5 giorni si ha suppurazione limitata ai soli tessuti molli sovrastanti per cui si è costretti a riaprire la ferita cutanea.

La malata viene dimessa dopo 25 giorni di degenza completamente guarita.

Questa osservazione, a parer mio, ha quasi un carattere sperimentale inquantochè dimostra come il peritoneo abbia avuto ragione della sepsi certamente rimastavi, e come la formazione dell'ascesso sottocutaneo non sia che l'espressione della infezione del liquido peritoneale, di fronte al quale certi tessuti offrono una resistenza minore di quella spiegata dal peritoneo.

Da queste osservazioni ci crediamo autorizzati a concludere:

1º Che quanto più presto s'interviene in casi di appendicite conclamata, asportando la causa, tanto più facile è l'esito in guarigione.

2º Che quantunque esista presenza di liquido libero sieroso o siero purulento, in tutta vicinanza dell'appendice, si può tentare, con grande vantaggio dell'infermo, la chiusura del ventre in primo tempo, purchè si proceda ad un'accurata detersione asciutta del focolaio. In tali casi, il più delle volte, il peritoneo riesce a vincere l'infezione.

3º Che in simili casi di peritonite acuta circoscritta da appendicite è inutile e quasi dannoso il drenaggio del peritoneo inquantochè non farebbe che prolungare il decorso post-operatorio, disturbando il processo di cicatrizzazione e

favorendo la probabilità di complicazioni quali la deformazione della cicatrice, la possibilità di ernie post-laparotomiche, ecc.

4° Che infine queste osservazioni dimostrano che il liquido peritoneale possiede certamente proprietà battericide ed antitossiche quali furono già dimostrate dalle pregevoli esperienze di Tietze, Payr, Weil, ecc.

BIBLIOGRAFIA.

GULEKE. *Zur Behandlung der diffusen eitrigen peritonitis*. Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1908, LX, fasc. 3, nov.

FOXLER. *Results in diffuse septic peritonitis treated by the elevated heard and trunk position*. Med. News, 28 maggio 1904.

MOTY. *Le traitement chirurgical des péritonites purulentes généralisees*. Semaine méd., 1909, febbraio, n. 6.

BERGMANN. *Trattato di chirurgia pratica*.

SIGNORELLI. *Intervento precoce nelle appendiciti*. Suppl. «Policlinico», anno XI, fasc. 26.

ULMANN. Wiener medic. Presse, 1904, n. 8 e 9.

MIKULICZ. Arch. f. klin. Chir., 73, II.

A. CIMORONI. *Sul trattamento delle peritoniti acute*. Riv. Osp., vol. IV, n. 13, anno IV, 1914.

F. MARIANI. *Sulle peritoniti*. Policlinico. Sezione medica, vol. XI, M., fasc. 5, anno XI, 1904.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMATOLOGIA.

Eczema-reazione di difesa.

Malgrado gl'innumerevoli lavori su quest'affezione cutanea tanto comune, la patogenesi, la clinica e la terapia dell'eczema sono sempre argomento di discussioni senza fine. Nella Clinica dermopatica del prof. Gaucher, il Gougerot si è occupato con particolari vedute dell'argomento, sostenendo dei concetti patogenetici e terapeutici praticamente interessanti. Fondandosi unicamente su fatti e constatazioni cliniche, e curando nella interpretazione di questi di non cadere nei soliti quadri dottrinali preconcetti, egli ha illustrato una nuova concezione patogenetica dell'eczema, già ideata da altri autori precedenti, mai così nettamente esposta e sufficientemente sviluppata.

Secondo questa nuova ipotesi patogenetica, l'eczema è l'espressione di una reazione di difesa dell'organismo contro agenti nocivi che vengono a colpire la pelle; reazione dermo-epidermica di natura infiammatoria provocata quasi sempre da un'intossicazione esogena od endogena, ossia dalla presenza di sostanze tossiche nella pelle; caratterizzata sopratutto da un edema degli strati dermo-epidermici, atto a diluire le sostanze tossiche rendendole meno nocive all'integrità della cute; reazione che si produce a causa di una predisposizione della pelle, a causa di una sua speciale fragilità consistente, come il Gougerot si esprime, in una specie di porosità dell'epidermide che si lascia attraversare da tali sostanze tossiche.

Questa nozione patogenetica ci gioverà a comprendere più agevolmente i fatti ed a risolvere la più parte delle difficoltà d'interpretazione; di più ci dimostra l'eccellenza dell'antico trattamento generale disintossicante dell'eczema e del trattamento locale antiflogistico proposto dal Gaucher.

È indispensabile anzitutto ricordare alcuni fenomeni clinici, gli uni molto comuni ma spesso male interpretati, gli altri non abbastanza conosciuti; quindi trarne le deduzioni patogenetiche più semplici e dirette, ed infine venire alle conclusioni terapeutiche.

Per tutti gli autori, le caratteristiche cliniche ed istologiche dell'eczema sono la vescicola e la reazione infiammatoria; difatti la maggior parte delle definizioni proposte dell'eczema contengono le due espressioni: *infiammazione* e *vescicolazione*.

Nell'eczema la reazione infiammatoria è evidente: *rubor et tumor, cum dolore et calore*. La vescicola non è che una modalità dell'edema infiammatorio.

Questa *infiammazione asettica* ha gli stessi caratteri di alcune reazioni infiammatorie microbiche: e difatti certe forme di eczema non sono accompagnate da febbre? Essa si può paragonare alle infiammazioni asettiche prodotte dalle scottature e dagl'irritanti chimici come la trementina: nelle scottature difatti si osservano le stesse particolarità morfologiche, sebbene sotto altra forma.

Trattandosi di una reazione infiammatoria, e poichè ogni *reazione* presuppone un'*azione*, si può supporre che la reazione infiammatoria dell'eczema è prodotta dalla presenza di sostanze tossiche irritanti sopra o dentro la pelle.

L'edema è uno degli elementi fondamentali della reazione eczematosa. L'edema epidermico esiste fin dall'inizio: prima della vescicolazione, la sierosità s'infiltra fra le cellule. La vescicola iniziale, ancora non visibile ad occhio nudo, risulta da piccoli spazi intra-epidermici pieni di sierosità, i quali ingrandendosi costituiranno poi la vescicola clinicamente apprezzabile. Quest'edema, queste vescicole istologiche si trovano anche nell'eczema secco, che clinicamente ne sembra sprovvisto. L'edema è dunque costante. L'edema dermico che proviene dal corpo papillare si manifesta con una tumefazione palpabile.

Talvolta l'edema non è soltanto dermo-epidermico, ma anche ipodermico in alcune regioni anatomiche predisposte, quali le palpebre ed il prepuzio, dove esso può raggiungere proporzioni considerevoli.

Se si ricorda il significato che attualmente si attribuisce all'edema in genere, si può supporre che l'edema dell'eczema abbia lo stesso scopo. L'edema dei focolai infettivi apporta le sostanze antitossiche, e sopratutto diluisce le tossine microbiche ed i detriti cellulari. Ambard ha emesso l'ipotesi che l'edema dei nefritici è secondario alla ritenzione di sostanze tossiche non più eliminate dai reni; le sostanze tossiche riversate dal sangue nei tessuti attirerebbero a sè e fisserebbero l'acqua clorurata dell'edema, diluendosi in essa e divenendo meno nocive per i tessuti. La stessa ipotesi si può applicare per l'edema dell'eczema: sostanze tossiche d'origine interna od esterna irritano la pelle, l'acqua clorurata affluisce per diluirle e forma l'edema.

La reazione infiammatoria e la vescicolazione o edema dell'eczema son dunque vere reazioni di difesa dell'organismo: reazione infiammatoria asettica contro l'azione irritante delle sostanze tossiche sulla pelle, ed edema dermo epidermico che diluisce quest'ultime per diminuirne l'azione tossica.

Inoltre bisogna considerare che alcuni vanno soggetti ad eruzioni eczematose di fronte a qualsiasi irritante ed anche senza causa apparente. Altri al contrario non vi vanno mai soggetti, anche se esposti alle sostanze più fortemente irritanti. Gl'irritanti cutanei dunque producono l'eczema soltanto su terreni predisposti, su terreni eczematizzabili. Dunque due sono i fattori patogenetici dell'eczema: 1° un terreno eczematizzabile; 2° un'irritazione prodotta da un'intossicazione endogena od esogena.

Patogenesi dell'eczema da causa esterna. — Quattro fatti clinici sono comunemente noti. Non tutti gl'individui che hanno la pelle esposta a cause irritanti sono soggetti ad eruzioni eczematose; un operaio affetto da un eczema da causa esterna talvolta ne ha le prime manifestazioni dopo parecchi anni del suo mestiere che lo espone a queste sostanze irritanti; un operaio affetto da eczma nelle regioni esposte a cause irritanti per ragione del mestiere, può presentare eczema generalizzato anche alle altre regioni del corpo; anche dopo avere abbandonato il proprio mestiere, un operaio può continuare a soffrire del suo eczema professionale, può averne ancora delle recidive, all'infuori d'ogni contatto con sostanze irritanti. Tutti questi fatti dimostrano che oltre l'irritazione cutanea esterna, a produrre l'eczema è indispensabile un altro fattore, cioè il terreno eczematizzabile.

In questi soggetti a pelle *fragile*, la sostanza irritante *penetra* in essa e l'irrita; a scopo di difesa, l'organismo vi richiama l'acqua salata, diluisce le sostanze irritanti e le rende meno nocive: così, per reazione di difesa, si stabilisce l'eruzione eczematosa.

Patogenesi dell'eczema da causa interna. — È noto quanto sia frequente la coincidenza dell'eczema con la nefrite, specialmente nelle forme di sclerosi renale con ipertensione arteriosa e con diminuzione della permeabilità del filtro renale.

Così è nota la coincidenza dell'eczema con la diatesi neuro-artritica, dovuta ad incompleta elaborazione delle sostanze azotate nell'organismo, cioè ad un'auto-intossicazione generale. Similmente in alcune speciali deviazioni della nutrizione generale (lesioni gastro-epatiche da alcoolismo, disturbi delle secrezioni interne, ecc.) l'organismo è in uno stato d'intossicazione, contro cui è difeso dal rene in condizioni normali. Una lesione renale, rendendo insufficiente l'eliminazione delle sostanze tossiche, può essere causa provocatrice di eruzioni eczematose.

Le intossicazioni alimentari o medicamentose sono anch'esse capaci di produrre l'eczema.

In tutti questi casi, con o senza lesioni renali, si ha una ritenzione di veleni nell'organismo: l'eczema è quindi una tossidermia autogena. In un organismo normale la quasi totalità dei rifiuti del ricambio dei tessuti viene eliminata per i reni. Quando questi siano lesi, si accentuano le proprietà eliminatrici di altri due emuntori: l'intestino e la pelle. Per ragioni ancora oscure, alcuni soggetti più degli altri hanno la cute facile a queste funzioni vicarie: la loro pelle *fragile* si lascia attraversare dalle sostanze tossiche: di qui l'origine delle dermatosi, che abitualmente consistono nell'epidermo-dermite edematosa dell'eczema.

Se quest'eliminazione di sostanze tossiche per la pelle diminuisce o cessa per una ragione qualsiasi, pur persistendo lo stato d'intossicazione generale, quest'intossicazione può dar luogo ad accidenti svariati talvolta gravi, a carico del cuore per es. del cervello, mentre che l'eliminazione cutanea non comportava nessuna gravità *quoad vitam*. L'eczema ha una azione derivativa, emuntoria.

Il flusso edematoso può proteggere l'organismo dall'uremia, come nell'anuria lo può proteggere il flusso d'edema. In questi casi gli antichi parlavano di metastasi viscerali dell'eczema. Quando l'eruzione cutanea riappare, i sintomi viscerali possono cessare. Da questi

fatti clinici risulta chiara la prova del concetto dell'eczema-reazione di difesa.

Identità clinica, istologica, patogenetica dell'eczema da causa interna e dell'eczema da causa esterna. — Nell'eczema da causa interna le sostanze tossiche endogene pervengono nella pelle dall'interno attraverso i vasi della rete sotto-papillare e papillare; nell'eczema da causa esterna le sostanze tossiche esogene, per contatto e per impregnazione dall'esterno, attraversano l'epidermide ed il derma. Nell'una e nell'altra varietà l'eczema è sempre una reazione di difesa, un'epidermodermite infiammatoria, asettica, congestiva, edematosa, tendente a diluire e neutralizzare le sostanze tossiche. Le sole differenze fra esse consistono nel grado e nella evoluzione diversa.

Nell'eczema da causa esterna, che resta localizzato e guarisce rapidamente dopo la soppressione della causa, il fattore del terreno eczematizzabile è necessario, ma è meno importante del fattore dell'irritazione locale.

Nell'eczema da causa esterna che si estende a regioni non irritate e persiste dopo la soppressione della causa, il fattore del terreno è invece più importante; perchè bisogna pensare, per darsene ragione, che l'organismo indipendentemente dalla causa irritante esterna già fosse in uno stato di intossicazione autogena, e che l'eczema d'origine locale serva quasi di stimolo e di richiamo perchè le autotossine ritenute nell'organismo od eliminantisi per altre vie prendano la via cutanea e si eliminino per le più svariate regioni.

Nell'eczema da causa interna, in un artritico per esempio, l'eruzione nasce nelle regioni irritate da irritanti chimici (saponi) o meccanici (attrito, grattamento) o predisposte da lesioni anteriori pitiriasi del cuoio capelluto, impetigine, ecc.); ma il fattore terreno è il più importante, e l'irritazione esterna ha soltanto un influenza localizzatrice.

In altre forme di eczema da causa interna, l'influenza degli irritanti locali diminuisce sempre più, fino ad aversi delle dermatosi che sembra nascano spontaneamente, senza causa esterna. Le sostanze tossiche endogene, senza bisogno di stimoli dall'esterno, prendono la via d'eliminazione della cute.

Rapporti fra l'eczema ed altre dermatosi. — Le nuove vedute patogenetiche rischiarano i rapporti dell'eczema con le infezioni cutanee microbiche, le dermiti artificiali, ecc.

È dimostrato che l'eczema è un processo asettico, e che i cocchi che spesso si riscontrano nel contenuto delle vescicole e nelle squame sono d'origine secondaria. Talvolta l'eczema è primitivo e l'infezione batterica è secondaria: i cocchi, saprofiti abituali della pelle, pullulano nelle vescicole. Talvolta l'infezione è primitiva, come nell'impetigine, e l'eczema è secondario provocato dall'irritazione microbica sopra un terreno eczematizzabile.

I germi ospiti abituali della pelle possono produrre l'eczema sopra un terreno predisposto.

Se si ammette che l'eczema è una ragione di difesa contro l'azione tossica dei microbi, si comprende facilmente la patogenesi di questa associazione: l'eczema tende a diluire e neutralizzare le tossine solubili ed insolubili. La stessa patogenesi si può applicare all'eczema della scabbia.

Tra l'eczema e la dermite artificiale non eczematosa esistono tutti i gradi di passaggio: si vedono per esempio sopra una dermite della faccia da tintura di capelli poche vescicole d'eczema.

Se il terreno non è eczematizzabile, non vi si associerà la reazione eczematosa. Anche la dermite artificiale semplice costituisce una reazione di difesa; ma se il terreno è eczematizzabile, si aggiunge la reazione eczematosa di difesa locale, che potrà anche generalizzarsi.

È frequente in clinica dermatologica l'associazione di manifestazioni pruriginose con eczema papulo-vescicoloso. La patogenesi di queste reazioni è la stessa: differisce soltanto la reazione del terreno che è speciale a ciascun individuo. Agli stimoli tossici esogeni od endogeni la cute di alcun soggetti reagisce con manifestazioni di eczema semplice accompagnato da prurito lieve; in altri soggetti a temperamento nervoso più spiccato l'eczema è fortemente pruriginoso, e quando l'eczema guarisce, potrà ancora persistere il fenomeno del prurito. In altri casi la reazione di difesa si manifesta con la comparsa di papule di prurigo, con pomfi di orticaria, con eruzioni lichenoidi, con prurito semplice; nello stesso soggetto talvolta queste diverse forme reattive si alternano. Essendo differente il terreno da un individuo all'altro, le reazioni cutanee sono anch'esse di vario genere. È dunque nel modo speciale di reazione del terreno, più che nella natura dell'azione patogena, che bisogna cercare la ragione di queste eruzioni complesse.

Così è pure frequente l'associazione di dermatosi speciali, quale la psoriasi con eruzioni eczematose. La patogenesi della psoriasi eczematizzata si spiega facilmente: sopra un terreno eczematizzabile, l'irritazione che produce la prima eruzione, il grattamento, i medicamenti irritanti possono richiamare la reazione eczematosa: questa potrà restare localizzata nelle sedi della prima eruzione, o diffondersi al di là di

esse. Con questi concetti patogenetici ci viene rischiarata la patogenesi dei cosiddetti eczemi seborroici.

In tutte queste considerazioni patogenetiche, si è dovuto ammettere una predisposizione del terreno: da una parte la tendenza dell'organismo a reagire attraverso la superficie cutanea, dall'altra la tendenza della cute a reagire con manifestazioni di eczema. Qual'è la patogenesi di questo terreno?

Probabilmente si tratta di una speciale fragilità del tessuto, acquisita od ereditaria. Alcuni individui nascono con un'anomalia cutanea visibile (ittiosi) od invisibile, sia perchè i loro genitori abbiano avuto cute fragile, sia perchè l'ectoderma abbia sofferto durante lo sviluppo per cause meccaniche infettive o tossiche, sia perchè durante la gravidanza la madre abbia fabbricato citotossine cutanee e per queste attraverso la placenta abbia influito a rendere fragile la cute dell'embrione....

Altri soggetti acquisterebbero questa fragilità cutanea in seguito a dermatosi (psoriasi, ecc.) forse fabbricando autocitotossine, od in seguito a cattiva igiene della cute per sporcizia, esposizione a polveri irritanti, o per sgrassamento esagerato dell'epidermide mediante bagni saponati eccessivamente ripetuti. Questa fragilità cutanea spiegherebbe la ragione del *locus minoris resistentiae* della pelle.

Questa fragilità, secondo il Gougerot (*Journal des Praticiens*, 1913), consisterebbe in una specie di *porosità* del rivestimento cutaneo, che si lascierebbe facilmente impregnare e penetrare dalle sostanze tossiche esogene od endogene. Una cute sana, non fragile, non si lascierà attraversare dalle sostanze tossiche d'origine interna. Se il soggetto è molto nervoso, potrà avere prurito o prurigo, ma non eczema, e l'organismo eliminerà l'eccesso di sostanze tossiche per un'altra via, la via intestinale per esempio. Ma come un rene fragile si lascia attraversare dall'albumina, così la cute fragile si lascierà impregnare dalle tossine e dall'acqua che esse richiamano, dando luogo alla produzione dell'eczema da causa interna. Così si spiegherebbe questa specie di tendenza che certi soggetti dimostrano ad eliminare per la pelle le sostanze tossiche.

La pelle sana non si lascierà impregnare da sostanze irritanti provenienti dall'esterno; la pelle fragile invece si lascierà da esse attraversare, e quindi essa dovrà difendersi con la reazione eczematosa. Così si spiegherebbe l'eczema da causa esterna.

Dunque l'eczema è una reazione cutanea caratterizzata clinicamente dalla reazione infiammatoria e dalla vescicolazione speciale, istologicamente dall'edema dermo-epidermico che dà luogo alla formazione della vescicola. L'eczema è una reazione di difesa, provocata da cause molteplici e spesso associate su terreno predisposto

Le cause, le forme cliniche ed evolutive dell'czema sono svariate, e perciò per fare una diagnosi precisa bisogna specificarne la varietà morfologica (vescicoloso, pruriginoso, ecc.), la varietà evolutiva (acuto, recidivante, ecc.), la varietà etiologica (da disturbi digestivi sopra un terreno artritico, ecc.).

È facile precisare la varietà morfologica ed evolutiva. Non così per l'etiologia; spesso la patogenesi è così complessa che non si può enumerare tutti i fattori causali, e si deve quindi cercare di illustrare la *dominante* etiologica. Talvolta si conosce la causa occasionale, e s'ignora la causa profonda. Tal'altra la causa resta assolutamente ignorata.

Conclusioni pratiche terapeutiche. — Giacchè la predisposizione del terreno è costante, la terapia dell'eczema non deve essere mai esclusivamente locale. Deve praticarsi sistematicamente un esame minuzioso di tutte le cause possibili e, poichè l'intossicazione endogena è quasi costante, si deve tentare anche quando essa non sia evidente il regime disintossicante degli antichi: si deve diminuire l'assimilazione di sostanze tossiche mediante una dieta bene appropriata, aumentare l'eliminazione di esse sostanze mediante la diuresi, combattere la ritenzione delle tossine intestinali coi lassativi, compensare con l'opoterapia ai disturbi funzionali delle glandole, eccc.; nei casi ribelli si deve tentare il lavaggio del sangue coi salassi e le iniezioni di siero fisiologico.

Trattamento locale. — Poichè l'eczema nel periodo iniziale e di stato è una reazione infiammatoria, si deve praticare localmente un trattamento antiflogistico. Questo concetto patogenetico dà una nuova prova dell'eccellenza delle medicazioni umide preconizzate dal Gaucher fino dal 1889. Più tardi, quando la reazione infiammatoria si sarà attenuata, si adopereranno i topici locali: le paste d'ossido di zinco, ecc., perchè bisogna evitare di aggiungere un'irritazione esterna alle altre cause dell'eczema. Infine quando la flogosi sarà cessata, bisognerà affrettare la riparazione dei tessuti mediante le sostanze riducenti.

In un primo periodo dunque si farà la cura antiflogistica con le polverizzazioni e le medicazioni umide; in un periodo intermedio si useranno i corpi inerti, nel periodo terminale le sostanze riducenti.

Le ricerche di Widal sugli edemi nefritici, dovevano portare per analogia a far tentare da Ravaut la cura dell'eczema col regime decloru

rato. Così pure si è tentato l'uso locale di acqua salata ipertonica per attirare all'esterno l'acqua dell'edema dermo-epidermico dell'eczema. Ma queste soluzioni possono però irritare la pelle e quindi fare aggravare l'eczema.

Per riassumere, la cura disintossicante deve precedere e accompagnare la cura locale. Nel trattamento locale e generale dell'eczema, bisogna tener presente che l'eczema rappresenta una reazione di difesa dell'organismo: si deve dunque assecondare questa tendenza difensiva cercando di eliminare le cause interne od esterne, e poi, se persiste l'eczema come esponente di derivazione cutanea, cercare di avviare le sostanze tossiche per altra direzione (intestinale o renale); se questi tentativi falliscono, e tanto più se essi producono un'intossicazione dei visceri con gravi inconvenienti, è meglio rispettare l'eczema anzichè andare incontro all'uremia.

Per fortuna questi casi sono assolutamente eccezionali.

Ordinariamente, dopo un trattamento generale disintossicante, dopo un trattamento locale antiflogistico, si può combattere localmente la dermatosi e farla guarire. P. Sabella.

CHIRURGIA.

I principî fondamentali nell'uso dei trapianti ossei

(Fred. H. Albee. *The Amer. Journ. of the Med. Sc.*, marzo 1915).

La vita cellulare può esser affatto indipendente dalla vita somatica. Tale fatto è in funzione, da un lato, del mezzo in cui viene conservata la parte asportata, dall'altro, del grado di specializzazione della cellula stessa, in quanto meno nobile è il tessuto cui essa appartiene e minore è il bisogno di nutrizione e più lungo il periodo di tempo in cui questo frammento isolato può vivere. In rapporto a ciò i più adatti ai trapianti sono appunto i tessuti connettivali semplici come osso ed aponevrosi, mentre i meno idonei sono i muscoli e nervi.

Gli autotrapianti hanno la miglior garanzia di successo perchè, per quanto scarsa, v'è sempre una differenza individuale nei fluidi e tessuti: esclusa l'eventualità d'una infezione, gli omotrapianti ossei eseguiti con la dovuta tecnica attecchiscono quasi sempre: lasciando impregiudicata la questione, affatto inutile invero negli effetti pratici, se il frammento innestato funzioni da impalcatura conduttrice o abbia una vera forza osteogenetica.

Gli omotrapianti possono anche avere buon risultato purchè costituiti da tessuti non specializzati. Si aggiunge poi per essi la difficoltà di poterli procurare e il pericolo della trasmissione di una eventuale malattia.

Quanto agli eterotrapianti essi per lo più finiscono col morire e agiscono quindi come corpi estranei: nella migliore delle ipotesi, mancando l'infezione essi funzionano da corpo estraneo e sono incapsulati o assorbiti per esser quindi sostituiti lentamente (dopo mesi) da neoformazione dai tessuti circostanti (guarigione clinica, non istologica).

* * *

Vi sono delle regole fondamentali che dovrebbero esser sempre seguìte nei trapianti di tutti i tessuti: esse sono assai affini nel regno animale e nel regno vegetale nel quale la scienza degli innesti è vecchia di secoli. In quest'ultimo la norma fondamentale è il porre a contatto l'alburno (corrispondente in un certo senso al periostio) dell'innesto all'alburno della parte innestata.

Nel caso dei trapianti ossei la natura si trova di fronte ai seguenti problemi: 1° il rapido stabilirsi della nutrizione cellulare e del circolo sanguigno; 2° l'unione dell'innesto sull'osso recipiente, per osteogenesi procedente dall'uno o dall'altro o da ambedue; 3° l'adattamento della forma e della direzione di accrescimento dell'innesto alle necessità meccaniche richieste. L'opera del chirurgo deve poi aiutare quella della natura: col render minimo il trauma, con l'evitare la morte cellulare per opera di manovre inconsulte, con eliminare qualsiasi possibilità d'infezione, col disegnare una adeguata incisione cutanea, tale che non corrisponda direttamente sulla superficie di trapianto, con l'escidere, se possibile, il tessuto cicatriziale il cui potere nutritivo è scarso, col porre nel miglior contatto possibile i varî strati, con suturare muscoli e loro inserzioni adeguatamente alla funzione meccanica loro richiesta, con l'emostasi della parte recipiente, con l'includere nel trapianto periostio, endostio e midollo i quali non solo contengono gli elementi osteogenetici attivi ma a causa della loro struttura sono più adatti che l'osso compatto al rapido stabilirsi della nutrizione sanguigna.

Il contatto osseo deve essere esteso; la sutura e la coattazione accurate: in molti casi si può favorire l'unione ossea rapida con l'interposizione di piccoli frammenti ossei, che rapidamente aderiscono l'uno all'altro e all'osso trapiantato e recipiente. È consigliabile la mobilizzazione precoce della parte per ottenere i benefici dell'irritazione funzionale.

Grande è l'influenza della cosidetta legge di Wolff, sia sulla proliferazione e l'accrescimento del trapianto secondo le necessità meccaniche,

sia nella rigenerazione adeguata del punto da cui l'innesto fu asportato: essa influisce anche sulla struttura interna e non solo trabecolare ma anche sul carattere istologico, nel senso che un osso compatto in definitiva si trasforma in spongioso se impiantato o messo a contatto con osso di tale carattere e viceversa.

In poche parole la legge di Wolff si può riassumere nel modo seguente: « Ogni alterazione nella forma e posizione delle ossa o della loro funzione è seguìta da certe definite modificazioni nella loro architettura interna, e da egualmente definite modificazioni secondarie della loro conformazione esterna in conseguenza di leggi meccaniche ». La forma esterna dell'osso è il risultato di adattamento funzionale: esso cresce in lunghezza e spessore secondo direzioni determinate. Tali trasformazioni hanno lo scopo di mettere in grado le ossa o i trapianti di rispondere ai nuovi rapporti da essi contratti.

D'altra parte i trapianti ossei hanno una discreta resistenza. Nei suoi esperimenti l'A. mantenne i frammenti ossei in soluzione salina normale per periodi variabili fino a una settimana senza alterare il successo finale dell'operazione. In altri casi, pure sperimentali, sopravvenne l'infezione: tuttavia una parte del trapianto aderì all'osso recipiente mentre il resto rimase come un sequestro.

Gli innesti sperimentali presi dalle ossa lunghe come tibia ed ulna mostrano una osteogenesi più attiva che quelli presi dai processi spinosi vertebrali.

L'osso privo del periostio si dimostrò ugualmente capace di risultati soddisfacenti che il trapianto sul quale il periostio era stato lasciato. È però consigliabile, come già si è detto, di includere sempre nel trapianto periostio endostio e midollo.

Il trapianto osseo agisce sempre come stimolo osteogenetico per l'osso sul quale è innestato o con il quale viene a contatto: fattore costante e importante. Se l'innesto è portato in un punto in cui non v'è per esso da compiere nessuna funzione meccanica le sue cellule mantengono la loro vitalità, ma quasi sempre scarse o nulle saranno in esso le modificazioni proliferative; se d'altro lato esso è trapiantato in una parte in cui si richiede una notevole funzione meccanica, le alterazioni proliferative sono ordinariamente notevoli, e il trapianto rapidamente assume una struttura simile alla parte recipiente. Questa legge basata sull'irritazione funzionale è stata messa in evidenza da Roux.

Il trapianto osseo se bene a contatto aderisce immediatamente all'osso recipiente per mezzo di tessuto neoformato, che di solito si trasforma in osso solido entro quattro settimane. È questa la ragione precipua, insieme con la speciale resistenza all'infezione batterica, per la quale, quando è possibile, l'innesto osseo è sempre preferibile a qualsiasi innesto metallico, che, per suo conto, inibisce la formazione del callo, provoca assorbimento osseo, favorisce l'infezione. Concludendo il trapianto osseo costituisce il mezzo sovrano per riparare e rimodellare lo scheletro.

* * *

CONSERVAZIONE DEL MATERIALE DI TRAPIANTO. — Varî metodi sono stati proposti a questo scopo: quello che secondo l'esperienza dell'A. ha dato il miglior risultato è il seguente. L'immersione temporanea in soluzione salina normale è la più indicata: ma anche essa di solito non è necessaria in quanto se è possibile è bene preparare prima il terreno su cui trapiantare, e poi rimuovere il trapianto: tale intervallo di tempo sarà assai utile per assicurare una emostasi più perfetta, e, inoltre, potrà in tal modo il chirurgo ricuperare esattamente la perdita di sostanze da colmare e scolpire il frammento osseo secondo forma e dimensioni volute. Un trapianto dovrebbe essere applicato il più presto possibile dopo la sua rimozione, ma, se occorre che fra le due operazioni passi un certo tempo, la soluzione salina normale non è più, a causa dell'evaporazione, un buon mezzo conservativo: l'esperienza dell'A. ha dimostrato che a ciò si presta meglio la vaselina sterile, che non solo è strettamente atossica, ma anche è ottima a prevenire il disseccamento. Immersi in un bagno di vaselina o avvolti in garza spalmata con questo materiale, e poi tenuti in ghiacciaia a 4°-5° C, l'A. ha potuto conservare degli innesti umani prelevati da individui viventi o da cadaveri per 48 ore. Del resto non va dimenticato che di gran lunga i migliori sono gli autotrapianti per i quali, essendo immediatamente usati, non è necessario un mezzo conservativo.

INDICAZIONI GENERALI:

1° Immobilizzare e stimolare l'osteogenesi in certe articolazioni tubercolari.

2° Riparare le lesioni ossee traumatiche.

3° Sostituire ossa distrutte da infezioni.

4° Provvedere ossa congenitalmente assenti.

5° Rinforzare o sostituire ossa indebolite o distrutte da tumori benigni o maligni.

6° Correggere deformità congenite o acquisite del volto.

7° Impiantare articolazioni congenitalmente assenti e restaurare quelle distrutte per malattia.

8° Fissare in posto articolazioni lussate acquisite o congenite.

9° Chiudere fori ossei nelle nevralgie.

10° Correggere deformità acquisite o congenite degli arti.

*
* *

CONCLUSIONI. — Il trapianto osseo è mezzo chirurgico assai efficace come è provato dal successo costante ottenuto dall'A. in più che 350 casi. Ciò è provato anche per un accurato studio microscopico, macroscopico, radioscopico sui trapianti sperimentali sia in caso di unione per prima, sia in caso di sepsi. Il campo di applicazioni dei trapianti corticali è nettamente allargato a causa della loro resistenza all'infezione tubercolrae e piogena attenuata. Esso lo è poi ancora di più con l'uso dello speciale strumentario a motore ideato dall'A., per mezzo del quale, resa esatta e al minimo traumatizzante la delimitazione del frammento osseo, da una parte, del campo da innestare, dall'altra, si è potuto escludere l'uso di qualsiasi mezzo metallico che assicuri il saldamento delle parti.

SEBASTIANI.

MEDICINA.

Lo stato attuale delle conoscenze sulle modificazioni patologiche del liquido spinale.

(V. HAFKA. *Münchener Mediz. Woch.*, 26 gennaio 1915).

L'esatta nozione delle modificazioni patologiche, il liquido cefalo-rachideo può subire nelle malattie dell'asse cerebro-spinale e delle meningi, ha assunto in pochi anni importanza diagnostica e pronostica: si può talora solo col suo mezzo scoprire una meningite latente, si può, seguendo le variazioni degli elementi patologici, sorvegliare la cura. Il lavoro di revisione su ciascuna reazione o ricerca del liquor è divenuto necessario, poichè le fondamenta delle deduzioni cliniche acquistino carattere, per quanto è possibile, di sicurezza.

V. Hafka (*Münch. Mediz. Wochen.*, 26 genn. 1915) passa in rassegna i varî metodi di esame.

La numerazione delle cellule, contenute nel liquor tiene, secondo molti autori, il primo posto: essa è soggetta a numerose cause di errore; può variare il suo numero in rapporto con la quantità del liquido estratto, possono le cellule labili dissolversi e trovarsi una cifra minore del reale. Per ovviare a tale inconveniente è buona tecnica, secondo l'A., di *usare sempre determinate quantità di liquido e di mescolarle subito con un liquido fissatore.* Per lo scopo basta una pipetta di vetro che s'innesta all'ago della puntura lombare e con la quale si fanno cadere 10 gocce, possibilmente le prime, in un recipiente, nel quale, con la stessa pipetta, s'era già messa una goccia del liquido fissatore (soluzione acetica di metilvioletto).

Bastano allo scopo soli 0.20 cmc. di liquor. Per la conta si adopera la cella contaglobuli di Fuchs-Rosenthal: se tutti i risultati fossero ottenuti con questo mezzo, essi sarebbero più facilmente comparabili: la presenza di 5 cellule si considera come il limite tra il liquor fisiologico e il patologico. Non è possibile usare di preparati fissati e colorati, per i quali non esiste un metodo unico accettato da tutti gli autori; col metodo dell'autore invece si può essere certi *di ottenere un quadro fedele dei rapporti cellulari del liquido cerebro-spinale.*

Per la *ricerca delle globuline,* la prima fase del metodo di Nonne tiene un posto di prima importanza; però si deve osservare che non vi è un mezzo per stabilirne il grado, e il giudizio sull'intensità della reazione è subbiettivo anche usando al 50 % il solfato d'ammonio. L'A. ha tentato di aggiungere alla prova del Nonne per la valutazione della quantità di globuline, la centrifugazione su tubi di Nissl; con numerose prove egli ha potuto fissare i limiti delle varie reazioni e poi ha ottenuto risultati uniformi.

Una seconda osservazione del metodo di Nonne è per l'autore la constatazione che le globuline sono diverse, in vario grado precipitabili, a seconda che muti la percentuale della soluzione di solfato d'ammonio; si può quindi ottenere una precipitazione ed una riproduzione frazionata delle varie globuline. Una prima fase della reazione nel liquor del paralitico si può ottenere con una soluzione del 33 % di solfato d'ammonio, mentre nel liquor d'una meningite acuta con una soluzione al 28 % e nel liquor d'una lues cerebri con una soluzione al 40 %; d'altra parte la precipitazione delle globuline col metodo di Nonne (soluzione concentrata di solfato d'ammonio) può essere più forte per una demenza paralitica che per una meningite acuta.

La spiegazione del fatto è nella constatazione, fatta dall'autore insieme col Rautemberger, che il fibrinogeno e la fibrinoglobulina (che precipitano in soluzione di solfato d'ammonio al 28 %) abbondano nelle menigiti acute, che l'euglobulina (che precipita in soluzione di solfato d'ammonio al 33 %) è caratteristica della paralisi progressiva, che la pseudoglobulina (che precipita in soluzione al 40 % di solfato d'ammonio) è caratteristica della lues cerebri cronica. Eseguendo perciò la reazione totale e le precipitazioni frazionate con le varie diluizioni si pos-

sono ottenere dati, i quali volgano il concetto diagnostico verso forme di meningiti acute (tubercolare, purulenta, reazione di Herxheimer) verso la paralisi progressiva o verso forme di meningite cronica (principalmente tabe). L'errore subbiettivo, anche per queste precipitazioni frazionate, si corregge con la centrifugazione in tubi di Nissl.

Per le meningiti acute è necessario eseguire la reazione su liquido centrifugato o con un controllo d'acqua distillata per evitare che le sospensioni cellulari impediscano la lettura dei risultati.

Si allestiscono le prove nel seguente modo:

I.	Liquor	0.50
	Acqua distillata	0.22
	Solfato d'ammonio	0.28
II.	Liquor	0.50
	Acqua distillata	0.17
	Solfato d'ammonio	0.33
III.	Liquor	0.50
	Acqua distillata	0.10
	Solfato d'ammonio	0.40
IV.	Liquor	0.50
	Acqua distillata	0.—
	Solfato d'ammonio	0.50

Controllo

Liquor	0.50
Acqua distillata	0.50
Solfato d'ammonio	0.—

Si possono raddoppiare le dosi (1 cm. invece che 0.50 di liquor) e rispettivamente 0.56, 0.66, 0.80; 1 cmc. di solfato d'ammonio con quantità doppie di acqua distillata 0.44, 0.34, 0.20, così da mantenere le diluizioni del solfato d'ammonio (0.28, 0.33, 0.40, 0.50 %) e rendere più netti i risultati; si attende tre minuti e poi si centrifuga in tubi di Nissl.

La determinazione dell'albumina globale si può fare ancora col vecchio metodo di Nissl; essa ha perduto un po' della sua importanza come metodo isolato; è importante invece ricercare la proporzione tra albumina totale e quantità di globuline: quella sta a queste nelle lues cerebri come 12:1, nelle meningiti acute come 6 o 7:1, mentre è caratteristico della paralisi progressiva che le globuline costituiscono la metà circa delle albumine totali.

La *reazione di Wassermann nel liquido cefalorachidiano* deve essere eseguita secondo tecnica concorde: uso di antigeni di organi normali (estratti alcoolici), reattivi in dosi uguali a metà o ad un quarto, quale anche Wassermann consiglia, per risparmiare la quantità di liquido. Si può praticare la reazione con varie quantità di liquor, così da poter dire con quale dose la reazione è positiva, tanto più che come quantità assoluta diverse sono le qualità di liquor consigliate a seconda dei diversi autori (1).

Per la *reazione emolisinica* è necessaria tecnica inappuntabile, perchè i resultati abbiano un valore apprezzabile (Kafka e Rantenberg). Su alcuni punti è specialmente necessario insistere: il liquido deve essere usato fresco e privo di sangue; non deve esser colorato in giallo; quando anche dopo centrifugazione resti una colorazione giallastra, esso può essere usato per rivelare una reazione negativa. Bastano 5 cmc. di liquido cerebro-spinale e 1/2 cmc. di diluizione al 5 % di sangue di montone: si possono abbassare le dosi riducendo proporzionalmente: 3 cmc. di liquor, 0.30 di diluizione di sangue o 2 cmc. e 0.20; così da utilizzare dosi proporzionali di complemento contenute nel sangue di montone: per ora non sono adoperabili le emazie lavate di montone; i resultati emolitici, letti dopo 3 ore, si possono rappresentare con numeri: *emolisi completa* = 6; *emolisi forte* = 5; *emolisi modica* = 4; *lieve emolisi* = 3; *traccia d'emolisi* = 2; *accenno all'emolisi* = 1.

Quando si può, è opportuno praticare anche la prova emolisinica del siero di sangue dello stesso individuo e nella stessa guisa si stabilirà il potere emolitico di esso; si moltiplicherà questo per la cifra rappresentante la quantità maggiore di liquido, rispetto al siero, usata; il rapporto tra il potere emolitico del liquor e del siero c'informerà sulla « permeabilità ».

L'A. nel considerare il valore di ciascuna reazione come segno di un'affezione del sistema nervoso, trova che nè vi è parallelismo tra di esse, nè che una può all'altra sostituirsi; tutte le reazioni si devono eseguire sullo stesso liquido, le emolisine e le globuline sono indici differenti di varie proprietà fisiopatologiche delle meningi e dei vasi, i leucociti e le reagine per la Wassermann non sono nè proporzionali nè queste da quelle derivate: quando tutte queste reazioni insieme siano eseguite e allo scopo sono sufficienti 7 1/2 cmc. di liquor (poichè il liquido usato per la reazione emolitica centrifugato, può ben adoperarsi per la Wassermann) o si avrà il più delle volte un chiaro concetto diagnostico e pronostico e s'imparerà a valutare l'essenza di tali reazioni.

PONTANO.

(1) Nella nostra esperienza dopo varî tentativi preferiamo l'antigene acquoso di fegato eredoluetico ed usiamo, per un totale di cmc. 2 1/2, 0.20 cmc. di liquor.

t. p.

MEDICINA CASTRENSE.

Le ferite da frecce d'aeroplano.

La guerra attuale, moltiplicando la varietà dei proiettili e dei mezzi di distruzione, ha messo in evidenza nuove forme di traumatismi e di ferite. All'inizio della guerra l'uso delle frecce era esclusivo degli aeroplani francesi; ma non tardarono a servirsene anche i loro avversari. Attualmente ogni aeroplano è messo in condizioni da poter lanciare da esso un numero più o meno grande di frecce.

Le frecce degli aeroplani francesi sono costituite di un sol pezzo d'acciaio, con un'estremità conica e puntuta, ed all'altra estremità con delle pinne che servono a mantenere la posizione rigorosamente verticale e la punta della freccia rivolta in basso. Ogni freccia pesa soltanto 24 grammi circa, ciò che permette di portarne sopra un aeroplano un gran numero, anche più d'un migliaio. Lanciate da un'altezza di 1000 metri, esse per la semplice caduta acquistano una forza di penetrazione grandissima, che si può calcolare uguale a quella di una freccia di 56 chili di peso che cada dall'altezza di un metro.

L'aviatore può lanciarne un gran numero sulla località che vorrà colpire; e se la maggior parte di esse falliranno al bersaglio, un certo numero potrà giungere a destinazione, producendo ferite d'una gravità estrema.

Il carattere comune di queste ferite è la *verticalità*, poichè la freccia devia poco lungo il suo percorso. Si sono avute ferite penetranti del cranio, delle spalle, dei piedi, e ferite a setone degli arti. Più frequenti e più tipiche sono le ferite delle spalle e dei piedi.

Le ferite delle spalle sono sempre d'una gravità estrema.

È stato osservato il caso di una freccia che penetrata per la fossa sopraclavicolare, attraversò la cavità toracica, il diaframma, la cavità addominale, arrestandosi sull'osso iliaco.

L'orificio d'entrata è molto piccolo, talvolta appena visibile, essendo il diametro della freccia di appena un centimetro. La prognosi delle ferite a setone degli arti e del tronco è meno grave, benchè esse siano più irregolari nel loro tragitto di quelle prodotte da palla, a causa delle ali taglienti che la freccia porta nella sua porzione superiore.

Le ferite delle estremità inferiori però possono essere anche molto gravi. La freccia penetra profondamente, trafigge il piede dalla faccia dorsale alla faccia inferiore, producendo frattura delle ossa e favorendo l'infezione tetanica per la polvere di strada. È stato osservato che il ferito rimane quasi inchiodato sul posto, poichè la freccia infilza il piede e si conficca con la punta nel terreno.

A proposito di questo nuovo strumento di guerra, è notevole dunque la gravità delle ferite che esso produce, e la necessità di una disinfezione accurata con drenaggio delle ferite, specialmente quando queste siano localizzate nelle estremità inferiori. È utile la cura preventiva dell'infezione tetanica, mediante le iniezioni di siero antitetanico (Dal *Journal des Praticiens*, 6 marzo 1915).

P. SABELLA.

Diabete conseguente agli strapazzi della guerra.

(Dott. GAISBOECK. *Wien. Klin. Woch.*, 1915, 3).

Secondo l'A. il diabete può qualche volta manifestarsi in seguito agli strapazzi della guerra. Egli ha osservato il caso di un soldato di 24 anni, di costituzione sana e robusta, che dopo un periodo assai faticoso durante il quale dovè compiere marcie assai lunghe tanto di giorno che di notte, in condizioni atmosferiche di freddo umido, è cominciato a deperire progressivamente ed a sentirsi molestato da sete intensa.

L'analisi delle urine dimostrò che il paziente era affetto da un grave diabete zuccherino.

Due fratelli del soggetto erano morti in giovane età di diabete e la malattia si sarebbe in essi manifestata dopo un grave spavento subìto.

Evidentemente nel caso in questione esisteva una predisposizione ereditaria ed il *surmenage* sofferto al campo è stata la causa occasionale dell'insorgere della malattia.

G. MENDES.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 23 maggio 1915.

Presidenza del prof. G. GAGLIO, vice-pres.

Prof. S. BAGLIONI. *Sugli effetti dell'alimentazione maidica.* — L'O. riassume i risultati delle ricerche fisiologiche sue e dei suoi allievi sugli effetti dell'alimentazione maidica rilevando la deficienza di essa in rapporto alla digestione e all'equilibrio di azoto.

Prof. U. GABBI. *Forme cliniche rare e complicanze nuove della febbre del Mediterraneo.* — L'O. accenna anzitutto alla notevole diffusione della febbre melitense tanto nell'Italia

meridionale che nella media e nella settentrionale. Ricorda che tale conoscenza derivò da un più vivo fervore di studi promossi nel 1906 da lui e dai suoi allievi, sia per quanto riguarda la sindrome della malattia, sia per quel che riguarda le vie di diffusione. Le forme cliniche rare furono così meglio chiarite e furono note anche le complicanze che possono accompagnare la forma morbosa. L'O. ha potuto dal 1906 ad oggi mettere in rilievo una forma micro- ed una megalosplenica della febbre di Malta e dopo avere accennato alla conferma venuta da alcuni studiosi (Cantani) illustra un nuovo esempio. Passa poi a descrivere esempi clinici di una forma non ancora descritta: «l'iperpiretica non letale». Illustra poi esempi di angina pectoris vasomotoria molteplice e li mette in rapporto colle influenze che le endotossine del micrococco esercitano sul sistema nervoso, influenze che sono state di recente sperimentalmente dimostrate negli animali da De Nunno di Napoli.

Prof. A. SCALA e dott. G. PIETRAVALLE. *Contributo alla etiologia e patogenesi del diabete.* — Il prof. Scala, anche a nome del dott. Pietravalle, riferisce sulle ricerche intorno al diabete, che hanno condotto alle seguenti conclusioni:

1° che il diabete abbia per causa etiologica un'alcalinosi di tutti i tessuti, e principalmente delle masse muscolari;

2° che l'alcalinosi provenga da una fissazione ordinariamente lenta e graduale di fosfati e di solfati, i quali entrano in combinazioni colloidali colle sostanze proteiche dei tessuti, formando dei composti facilmente idrolizzabili, da cui si ha alcali libero;

3° che, per causa di questa fissazione di fosfati e di solfati, è ostacolata la combinazione del cloruro di sodio e sono impedite le reazioni che ne conseguono. Onde una eliminazione esagerata di questo sale colle urine;

4° che l'alcali libero o l'ambiente alcalino è causa di una ossidazione deviata del destrosio o meglio di una ossidazione lenta e ritardata. Per cui la trasformazione procede per tappe passando per un certo numero di acidi, tra i quali il formico, l'acetico, il lattico e di altre sostanze tra cui l'acetone, anzichè procedere direttamente e rapidamente all'acido carbonico ed all'acqua. In questo ritardo una porzione del glucosio sfugge all'ossidazione e passa nelle urine, insieme con una parte di quelle sostanze intermedie che si possono indicare come testimoni di una ossidazione in ambiente alcalino. Inoltre l'eliminazione eccessiva di azoto o di altre sostanze che formano il residuo delle urine, meno lo zucchero, è in relazione evidente coll'azione stimolante e solvente degli alcali nelle sostanze proteiche dei tessuti in genere. La qual cosa è sembrato a Bunge che abbia maggiore importanza per la patogenesi del diabete, di quello che non abbia il glucosio destro;

5° che gli acidi formico, acetico, lattico, l'acetone, ecc., si formano per ossidazione degli zuccheri, in ambiente alcalino, qualunque sia l'ossidante prescelto.

Prof. P. SABELLA. *Ancora dei risultati di inoculazione di tessuti freschi.* — Il prof. Campana, a nome del prof. Sabella, illustra succintamente i risultati che questi ha ottenuto con inoculazioni di tessuti freschi su cavie e conigli.

Il Presidente, prof. G. GAGLIO, prima di sciogliere la seduta, fa rilevare la solennità del momento attuale per la Nazione nostra e propone di inviare al Presidente del Consiglio dei Ministri il seguente telegramma:

«La R. Accademia Medica di Roma fa plauso «alla politica del Governo per la guerra che, «mentre mira al conseguimento dell'unità na«zionale, serve alla causa della civiltà dei po«poli. Compresa l'Accademia dell'entusiamo che «anima tutta la Nazione, esprime la sua fede «che l'Italia uscirà dal conflitto più forte e più «rispettata nel mondo».

Il telegramma è approvato per acclamazione da tutti i presenti. Su proposta del prof. Taussig l'Accademia delibera di mettere a disposizione le proprie aule per il ricovero dei feriti.

A. BALDONI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 18 marzo 1915.

Presidenza: G. BOSCHI.

G. BOSCHI e S. ANDRIANI. *Combinazioni di malattie mentali con malattie nervose (forme flogistiche).* — In questa seconda comunicazione gli AA. si occupano di combinazioni di forme flogistiche tra di loro o con forme degenerative.

Desumono le seguenti conclusioni:

Se appare evidente una parentela fra molte forme mentali e le forme neuropatologiche ipobiotrofiche primitive sistematiche; d'altra parte attraverso la categoria «predisposizione», si arriva a vedere come tra le forme di malattia nervosa, in senso lato, evolutive o tossiche, e quelle flogistiche, non esista una profonda diversità di natura; e come, anche per queste ultime, in quanto esse significhino altresì labilità o morbilità originaria del sistema nervoso,

si possa scorgere la solidarietà morbile dei varî sistemi componenti il sistema nervoso, pur manifestandosi spesso gradi diversi di elettività, nelle varie parti, di fronte ai diversi agenti patogeni occasionali o determinanti. In altre parole, anche nelle forme flogistiche c'è una base ipobiotrofica, e questa interessa, non sistemi isolati, ma, ove più ove meno, ove di fronte all'una ove di fronte all'altra contingenza patogena determinante, il sistema nervoso *in toto*. Vuol dire che, nel singolo caso, talune fra le parti originariamente ipobiotrofiche appaleseranno in modo spontaneo, cioè di fronte a contingenze meno anormali, il loro scadimento anatomico e funzionale; ed altre, invece, soccomberanno solo di fronte ad un fattore eccezionale e in ogni caso opponendo la aitanza di una reazione flogistica. Così si potranno avere, sempre sulla base della ipobiotrofia primitiva dei varî sistemi, le combinazioni di forme evolutive o tossiche o degenerative con forme genuinamente flogistiche. Ma non è detto che sistemi atti a soccombere alla sola loro ipobiotrofia nel corso della esistenza siano in ogni caso più atti a risentire l'influsso patogeno di ogni qualunque infezione o intossicazione: sicchè, per esempio, la tabe, come può combinarsi con una encefalite paralitica o con una forma di cosidetta sifilide cerebrale, può combinarsi invece con una forma luetica, o con una diatesi psicopatica dalla lue essa pure del tutto indipendente.

E la frequenza delle combinazioni della tabe con neurastenia o con turbe psicopatiche diverse e da paralisi progressiva e da sifilide cerebrale, può appunto essere spiegata, almeno in parte, ricordando la frequenza con cui, nel sistema nervoso, la eventuale labilità costituzionale è estesa a molte regioni e non limitata a una singola. E. PADOVANI.

Società medica di Parma.

ROSSI A. *Sindrome pluriglandolare in soggetto con inversione splancnica totale.* — Osservazione radiologica illustrata da numerosi radiogrammi di un caso assai interessante per la clinica e la patologia delle ghiandole a secrezione interna, e per la rarità del reperto. L'A. dimostra come il P., da lui studiato, giovane di 23 anni, presentasse: inversione splancnica totale, tiroide notevolmente grossa a sviluppo intratoracico, persistenza del timo con milza grossa, adenopatie peribronchiali (eosinofilia e mononucleosi nel sangue), ipoplasia dell'ipofisi con persistenza delle cartilagini epifisarie ai capi articolari del ginocchio e del polso.

Irradiando il timo l'A. ha ottenuto una regressione della tiroide e la scomparsa degli accessi di asma di cui si lamentava il P.

M. CHÉRIÉ-LIGNIÈRE. *Sutura infraparietale e canali infraparietali.* — L'O. presenta un cranio di pazzo epilettico, appartenente alla raccolta craniologica dell'Istituto anatomico della R. Università di Parma, nel quale dal lato sinistro è visibile la *sutura infraparietale trasversa,* ben conservata nella sua parte mediana, sotto forma di tracce alle estremità. Essa è attraversata da otto canali i quali presentano i caratteri dei *canali infraparietali* descritti da Tenchini. Il caso è importante perchè conferma — mercè l'osservazione diretta — l'ipotesi emessa per induzione da Tenchini, che i canali infraparietali debbano considerarsi come arresti di sviluppo, e siano situati sul percorso della sutura infraparietale, che normalmente scompare in un periodo precocissimo dell'autogenesi e perchè è l'unico caso descritto di molteplicità di canali infraparietali.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 28 febbraio 1915.

P. PENNATO. *Pneumotorace terapeutico e maternità.* — L'O. si occupa delle relazioni che con la cura Forlanini possono avere le funzioni della maternità. Nelle varie evenienze possibili (pneumotorace durante la gravidanza e gravidanza durante la cura col pneumotorace) si devono adottare provvedimenti basati non sul concetto generico della condizione tubercolare, ma sullo studio di ogni singolo caso. Lo stato di gravidanza non è controindicazione al pneumotorace, e profonde essendo le modificazioni indotte dalla cura, che conduce a una vera trasformazione degli organismi, possono darsi casi di gestazione ed allattamento con esiti ottimi sotto ogni riguardo. Di una di queste osservazioni l'O. riferisce la storia, contributo allo studio dell'argomento, la cui bibliografia in mezzo all'altra, già ricchissima sul pneumotorace terapeutico, si può dire appena iniziata.

R. PELLEGRINI. *Considerazioni statistiche desunte dallo studio anatomico di 400 casi di cirrosi epatica nell'uomo* (presentata dal prof. A. Bonome). — I dati desunti da 395 autopsie di cirrotici, riguardano la frequenza della malattia nelle varie epoche della vita e nei due sessi, le complicazioni della medesima col cancro, le concomitanze morbose dei vari organi interni e le condizioni in cui soccombono gli ammalati di cirrosi atrofica del fegato. A. DIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sperimentali sui cilindri renali.

Sulla genesi dei cilindri renali, la cui importanza in clinica è ben nota, esistono ancora molti punti oscuri.

Brevemente ricapitolando le opinioni più accreditate, il Rovida, che fra i primi dei cilindri studiò la morfologia e la chimica, emise l'ipotesi che essi fossero un prodotto di secrezione dell'epitelio dei tubuli contorti; Ribbert, Pollack, Toröck ed altri ritennero i cilindri formati da albumina trasudata attraverso i glomeruli e coagulata nei canalicoli; Henle li ritenne costituiti da fibrina; Senator, Bayer, Wallerstein ammisero che i cilindri si formassero per trasformazione dell'epitelio necrosato dei canalicoli; il Padoa sostenne che i cilindri derivassero da una patologica secrezione degli epiteli alterati dei canalicoli, ed infatti Israel e Burmeister avevano osservato negli epiteli dei canalicoli ammalati grosse gocciole, dalla cui confluenza nel lume canalicolare si genererebbero i cilindri, e più tardi il Gross ed altri autori col metodo delle colorazioni vitali misero in evidenza negli epiteli dei reni alterati gocciole che si coloravano come i cilindri ialini; Suzuchi infine attribuì ai cilindri una quadruplice genesi: da un trasudato glomerulare, da una secrezione degli epiteli canalicolari, da distruzione degli epiteli stessi, da trasudazione di plasma attraverso i canalicoli disepitelizzati.

Partendo da queste ricerche, l'Olivero (*Rivista critica di clin. med.*, XV, n. 40) ha studiato per via sperimentale il modo di produzione e comportamento di fronte alle sostanze coloranti delle varie specie di cilindri, iniettando all'uopo nei topi bianchi soluzioni di sali di uranio o di cromo, così da determinare nefriti tossiche.

È giunto alle seguenti conclusioni: nelle nefriti gravi acute, quali sono quelle prodotte da forti dosi di veleno ed accompagnate da profonde alterazioni degli epiteli canalicolari, si trovano in maggioranza cilindri granulosi, in cui si possono scoprire detriti derivanti da disfacimento cellulare; nelle nefriti meno gravi, a decorso più lento ed accompagnate da lesioni meno profonde degli epiteli renali, predominano invece i cilindri ialini; tanto i cilindri granulosi quanto i cilindri ialini assumono i colori di fondo del protoplasma (eosina, acido picrico) e solo parzialmente si tingono col metodo di Weigert per la fibrina.

G. SABATINI.

CASISTICA.

Studio clinico in mille casi di cancro dello stomaco.

L'attenzione sempre più crescente, che sia i chirurgi che i medici prestano allo studio della patologia gastrica, fa sì che nello svolgersi di pochi anni si sono accumulati dati statistici importanti e fecondi di risultati pratici.

Friedenwald (*Am. Journ. of the med. Sciences*, nov. 1914) pubblica uno studio clinico di mille casi di epitelioma gastrico, di cui riferiremo qui le conclusioni.

La frequenza, dalle osservazioni dell'A. risulta essere del 10 % circa delle altre malattie gastriche. L'età della massima frequenza è rappresentata dai 40 ai 60 anni e specialmente dai 50 ai 60; però l'A. ne ha riscontrati 4 casi dai 20 ai 30 anni, 37 casi dai 30 ai 40 anni. La frequenza maggiore è nel sesso maschile (588 uomini su 412 donne) al contrario di ciò che si verifica per l'ulcera. Dal punto di vista ereditario l'A. ha riscontrato la presenza di epitelioma in varie parti del corpo in 104 casi: di essi in 22 si trattava di epiteliomi gastrici. Il trauma si aveva in 19 casi.

Dal punto di vista sintomatologico lo stato anemico dei pazienti risalta già nella massima parte dei casi: l'arteriosclerosi si accompagna anche frequentemente, così pure sono frequenti i segni di una nefrite cronica.

Per quel che si riferisce ai disturbi digestivi questi erano bene netti solo in 232 casi (23 %): di essi 134 avevano nella storia disturbi digestivi che risalivano a cinque anni o più, in 29 i disturbi rimontavano a molti anni prima, ma erano aumentati negli ultimi cinque anni: in 32 casi i disturbi gastrici erano di antica data; 73 pazienti presentavano nell'anamnesi remota una storia tipica di ulcera gastrica.

Sono frequenti nella storia dei malati, eccessi alimentari od abuso di alcool. La lues era presente in 79 casi, la tubercolosi polmonare in 48.

Per quel che si riferisce alla secrezione gastrica su 733 malati esaminati si trovò in 23 casi acidità normale, ipercloridria in 35, ipocloridria in 21 ed anacloridria in 654. L'acido lattico si osservò in 601 dei 654 casi di anacloridria: i bacilli di Oppler-Boars si riscontrarono in 582, le sarcine in 24 casi. Traccie di sangue visibili solo in 129 casi: il vomito posa di caffè in 653 casi.

Per quel che si riferisce alla storia della malattia, in 759 casi l'inizio dei disturbi era apparentemente improvviso e spesso veniva attribuito ad errori dietetici ben determinati: in alcuni casi sopratutto di giovani l'anamnesi era quella tipica di ulcera gastrica. La durata della vita dopo la comparsa dei primi sintomi va da sei a dodici mesi: in 52 casi però la morte avvenne dopo due anni dalla prima apparizione dei sintomi: esistono però dei casi a decorso acuto, in cui la morte si verificò dopo due o tre mesi dalla prima comparsa dei sintomi. Dei 472 pazienti osservati per un certo periodo di tempo, in 145 si riscontrarono periodi di miglioramento di durata più o meno lunga con aumento di peso fino a 13 chilogrammi: in genere il miglioramento dura per due o tre mesi dopo l'inizio della cura.

La disfagia riscontrata in 69 pazienti si ebbe specialmente nei casi in cui il neoplasma si era diffuso verso il cardias. La perdita di peso si può considerare costante, specialmente se il malato non si attiene ad un trattamento igienico-dietetico adeguato.

Il dolore all'epigastrio fu presente in 931 casi: di essi in 191 compariva subito dopo i pasti in 83 dopo varie ore, in 616 casi il dolore si trovò incostante e si metteva in rapporto con indigestioni ripetute. Dalle osservazioni dell'A. risulta che il dolore è più costante nei casi con valori bassi di acidità, al contrario di quello che si verifica per l'ulcera.

Il dolore alla pressione è molto frequente: spesso localizzato a destra dell'epigastrio: spesso esiste un'area dorsale dolorosa.

L'anoressia più o meno spiccata è frequente circa nel 90 % dei casi, così pure il vomito: spesso in rapporto coi pasti, in qualche caso indipendente da essi: ad ogni modo il vomito è più frequente nei casi accompagnati da anacidità.

L'ematemesi si ebbe in 227 casi, melena in 189: dei 642 pazienti in cui furono praticati gli esami per le emorragie latenti, la prova fu riscontrata positiva in 594 (92.5 %), ciò che dimostra l'importanza di questa ricerca.

La presenza di un tumore palpabile nel decorso della malattia si ebbe in 719 casi, di cui in 217 nei primi cinque mesi dopo la comparsa dei sintomi, in 502 dopo quest'epoca.

In 9 casi si trattava di tumori gastrici secondari a tumori delle mammelle o del retto o dell'utero.

La dilatazione di stomaco è stata riscontrata in circa la metà dei casi: i movimenti peristaltici visibili in 411 casi: la perforazione si ebbe in 23. La febbre si ebbe in 203 malati, di cui in alcuni (37) per quasi tutta la durata, in 52 solo nei primi mesi, in 151 nel periodo terminale. L'ascite e l'edema degli arti inferiori fu riscontrata nel 21 % dei casi; l'ittero nel 3 %.

Le metastasi furono riscontrate nel 67.2 % dei casi: di esse le più frequenti si verificarono nelle glandole linfatiche e nel fegato; meno spesso nel pancreas, peritoneo ed intestino, più raramente nel polmone, nel midollo, nella cute.

Dal punto di vista dell'operazione sono interessanti le statistiche dell'A. per quel che si riferisce ai risultati patogenetici. Di 98 operati di semplice gastro-enterostomia, la massima parte morirono dentro l'anno dall'operazione, qualcuno arrivò ai due anni. Dopo la gastrectomia, la durata della vita non superò l'anno, dopo la pilorectomia e la gastrectomia su 9 casi solo 1 sopravvisse 18 mesi: per lo più morirono dopo qualche mese.

La conclusione dell'A. che però non tiene conto del grande contributo diagnostico che hanno oggi portato gli esami radioscopici è che, data la difficoltà nella diagnosi dell'epitelioma incipiente, sarebbe opportuno non esitare avanti ad una laparotomia esploratrice negl'individui che hanno superato il 40° anno di età, che presentano disturbi gastrici e che non hanno migliorato dopo qualche settimana di cura, specialmente se c'è stata perdita di peso e presenza di emorragie latenti nelle feci.

P. ALESSANDRINI.

L'ulcera duodenale infantile.

L'ulcera duodenale infantile è nota solo da pochi anni. E. Holt (*Amer. Journ. of Dis. of Children*, 1913, dic.) ritiene che ne sia la causa ordinaria una trombosi vasale, alla quale seguirebbe la digestione della mucosa per opera del succo gastrico. Sede abituale è la parete posteriore del duodeno al disopra dell'ampolla.

La malattia può decorrere spesso senza sintomi e la sua presenza costituire una sorpresa d'autopsia; talora dopo un periodo di latenza insorgono disturbi intestinali con melena ed ematemesi, che possono condurre a morte il paziente; nei piccoli malati è facile il collasso che sopravviene dopo uno o due giorni anche per perdite di sangue non gravi.

Uno dei segni che deve volgere l'attenzione del medico verso la possibilità dell'ulcera duodenale è lo spasmo pilorico, che si associa frequentemente all'ulcera duodenale infantile.

La melena principalmente deve far sospettare l'ulcera duodenale, talora la peritonite da perforazione apre la scena; entra in campo in tal caso la diagnosi differenziale con l'appendicite.

La guarigione spontanea è possibile; lo dimostrano reperti di autopsia di malati morti per affezioni intercorrenti, che hanno presentato l'ulcera cicatrizzata; lo dimostrano malati che dopo l'ematemesi o la melena guariscono definitivamente.

La terapia non giunge il più delle volte in tempo: la conoscenza dell'affezione rende però meno incerto ed evita le sorprese nel giudizio del medico.

t. p.

TERAPIA.

La cura del prurito vulvare.

Il prurito vulvare nelle sue forme gravi può diventare un supplizio che si ripercuote sullo stato generale della paziente, sì da provocare stati nevrastenici e maniacali fino al suicidio.

Qualunque sia l'intensità del prurito vulvare, bisogna anzitutto fare un esame attento della regione alla ricerca delle cause e delle affezioni locali che eventualmente possono provocare il prurito. E poi bisogna fare un esame delle condizioni costituzionali dell'inferma, tenendo presente che il diabete è causa frequente di prurito vulvare, e che l'artritismo predispone ai pruriti. La cura deve dunque essere locale contro il sintoma, e generale disintossicante.

Cura generale. — È utile allontanare l'ammalata dal suo ambiente abituale e dalle sue preoccupazioni: si consiglierà il clima di altitudine (tra 800 e 1400 m.) alla clientela agiata, ed alla piccola borghesia il cambiamento d'ària in campagna.

Fra i bagni minerali, i più efficaci sono i carbonico-solforosi.

Grande importanza ha il regime: raramente sarà necessario il regime latteo assoluto; più spesso è sufficiente il regime latteo-vegetariano più o meno prolungato. L'esame delle urine, periodicamente ripetuto, può rendere meno rigoroso il regime.

Bisogna proibire in modo assoluto l'uso del caffè, thè, cioccolata, liquori, vino, spezie. salami, birra alcoolizzata, formaggi fermentati, pesci o crostacei, tartufi, salse, fragole.

L'alimentazione sarà fatta con latte, paste alimentari (nei diabetici, paste di glutine), purées di legumi e frutta cotte.

L'igiene dell'intestino dev'essere uno dei capisaldi della cura del prurito vulvare. L'alvo deve essere regolare: la costipazione mantiene lo stato d'intossicazione, ed accentua la congestione del piccolo bacino mediante le emorroidi che spesso si associano. I lassativi ed i purganti salini (Montecatini, Apenta, Karlsbad, Janos, ecc. ecc.) regolano il ventre e disintossicano l'organismo.

Bisogna inoltre agire sul sistema nervoso con mezzi calmanti, fra i quali dev'essere preferita la valeriana, e poi il bromuro d'arsenico (un milligr. al giorno), il calcio, l'antipirina (50 cgr. mezz'ora prima della crisi della sera) o l'aspirina.

Potrà pure giovare l'idroterapia sotto forma di docce calmanti da 35° a 38° centigradi, a lieve pressione, per la durata di 1-2 minuti, prolungandole poi fino a 4-5 minuti, e ripetendole ogni giorno od a giorni alterni per 20-30 giorni.

Cura locale. — Quando la crisi è insorta, spesso si riesce a calmarla a questo modo. Si prende dell'acqua bollente, vi si versano 3-4 cucchiai di aceto per litro; si aspetta che l'acqua si raffreddi fino al punto da poterla sopportare appena al tatto della mano ed allora si bagna con essa un pezzo di cotone idrofilo e si applica con pressione dolce sulla vulva.

Dopo qualche minuto ciò si può ripetere, finchè la crisi si è calmata: allora si spolvera la vulva con talco e si applica una pomata all'ossido di zinco e cocaina, o morfina.

Ma questa lozione di solito dà un sollievo transitorio, ed il prurito può non tardare a ricominciare.

Sono raccomandate anche le lozioni con decozioni di teste di fiori di camomilla (10-12 per litro d'acqua), di papavero, con acqua cloroformica; bromuro di potassio (25 per mille), resorcina al 10 per mille, ittiolo al 20 per mille, tigenolo al 15-20 per mille. Si usano pure le lozioni con decozione di foglie di coca, di tabacco (5-6 foglie grandi per litro), le soluzioni di solfato di rame al 5 per mille, di sublimato o di ossicianuro di mercurio 1/2 per mille, di acido fenico al 5 per mille, di cloralio al 2-3 per cento. Queste lozioni si praticano 3 volte al giorno, più specialmente nel momento della crisi; si applicherà in seguito la polvere o la pomata.

Se il prurito è molto intenso, sono indicate le pennellazioni con soluzione di nitrato d'argento al 5 % precedute da pennellazioni di cloridrato di cocaina o di novocaina al 2 % se vi esistono ragadi o screpolature della pelle.

Può giovare anche una soluzione acquosa di ittiolo o thigenol al 10 %, oppure la tintura di benzoino che forma come una vernice isolante e protettrice.

Se il prurito è accompagnato da seborrea, si useranno le comuni preparazioni solforose.

Le infezioni secondarie si cureranno con mezzi appropriati.

Se il grattamento ha prodotto uno stato d'irritazione locale, saranno utili le lozioni di camomilla con aggiunta di bromuro di potassio al 0.5 % o di borato di soda al 3 %, che si useranno dopo ogni minzione.

Se i benefici ottenuti da tutti questi mezzi saranno transitorî, si ricorrerà alle cure fisiche.

In molti casi l'aria calda è stata adoperata con vantaggio, proiettandone un getto con apparecchi speciali sulla vulva alla temperatura voluta, che può raggiungere fino i 300° centigradi. Per la cura del prurito si adoperano le temperature tiepide, facendo delle sedute di 10-15-20 minuti, ogni giorno per tre settimane circa.

L'elettricità è stata sperimentata con metodi vari e con risultati differenti. Il bagno idro-elettrico a corrente alternata sinusoidale si è dimostrato efficace. I bagni stati o gli effluvî danno gli effetti migliori. Anche le correnti ad alta frequenza sono efficaci. Ma la röntgeterapia dà i risultati più rapidi e più duraturi.

Nei pruriti essenziali e nei pruriti con lichenificazione i raggi Röntgen danno risultati eccellenti quasi costantemente. Anche i casi di prurito complicati da eczema sono favorevolmente influenzati dai R. R.

La doccia filiforme locale, consistente in un getto sottilissimo e a forte pressione (a 5 atmosfere) di acqua a 45° centigradi, ha dato risultati variabili.

Ravaut assicura di avere avuto risultati duraturi mediante l'auto-terapia e l'auto-ematoterapia. Con la puntura di una vena, si prelevano 15-20 cmc. di sangue dall'inferma e si iniettano immediatamente nelle natiche; ovvero se ne raccoglie il siero e lo si inietta nella stessa regione.

Se ogni rimedio è inefficace, alcuni autori si sono sentiti autorizzati all'intervento chirurgico, cioè all'estirpazione totale della vulva. Burry e Simpson hanno consigliato la sezione dei nervi genito-crurali, ileo-inguinali, pudendo inferiore, perineale superficiale. (*Eyrand-Dechaux*. Revue de Gynecologie n. 6).

p. s.

Il prurito anale delle emorroidi latenti.

Il Matignon (*Sem. méd.*, n. 30, 1914) richiama l'attenzione su una specie poco conosciuta di prurito anale, collegato con disturbi della circolazione emorroidaria e del trofismo delle pareti venose. Gl'individui che accusano questo prurito, specialmente noioso quando stanno a letto, si lamentano anche di spasmo intestinale, alle volte doloroso, di pesantezza anale, di emissione di scibale sottili, *laminate*.

Obbiettivamente non si nota che un leggiero grado di lichenizzazione dell'ano, con qualche erosione; spesso l'esplorazione resta negativa, e l'esame rettoscopico non rivela che un lieve aumento della vascolarizzazione emorroidaria.

Alcune volte, durante l'anno, si manifestano emorragie anali, che durano 4-5 giorni, e dopo le quali i disturbi si attenuano.

Secondo l'A. questo prurito è legato ad una distensione delle vene emorroidarie, che insorge specialmente col calore del letto, e la distensione produce le piccole erosioni che si notano sull'ano.

La terapia più giovevole è perciò data (ed è questa una controprova) dai vasocostrittori, sotto forma di suppositori adrenalici o dalle lozioni di acqua assai calda.

Questi mezzi sono senza confronto superiori a tutti gli antipruriginosi.

SABATINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(499) *Cura di esiti di ustioni.* — Le sarei obbligato se vorrà darmi, e con cortese sollecitudine, nella « Posta degli abbonati », una risposta al seguente quesito:

Quale è il mezzo migliore per guarire il viso deturpato da piccole macchie lenticolari in seguito a sparo di polvere pirica?

Avvi *ad hoc* medicinali?

Il deturpamento è avvenuto da circa quattro mesi.

Ringraziamenti, con stima ed in attesa.

Dott. V. Guerriero.

Premesso che praticamente potrà riuscire non sempre agevole il compito che il collega si assume, osservo subito che il buon esito della cura potrà dipendere da considerazioni estetiche, dalla sede e dal numero delle piccole macchie pigmentarie da polvere pirica ed anche dalla profondità a cui il pigmento è pervenuto fra i tessuti. Se ragioni estetiche lo permettessero, e se si trattasse di poche macchie ravvicinate, forse il miglior metodo sarebbe l'escissione chirurgica, perchè mobilizzando con arte i due lembi cutanei e suturandoli pulitamente, ne potrebbe residuare una sottile cicatrice lineare, che col tempo potrebbe anche scomparire. Se ciò non sarà opportuno, bisogna cercare di eliminare queste macchie escarizzando, necrotizzando i tessuti che rimasero impregnati del pigmento. Si cercherà naturalmente di localizzare quanto più sarà possibile l'azione del caustico che si adoprerà. Ritengo che possa a questo scopo adoprarsi con vantaggio l'ignipuntura o la galva-

nocaustica, graduando sapientemente l'azione caustica in modo che gli effetti e le cicatrici conseguenti non siano più profondi o più estesi del necessario.

Si possono anche praticare delle scarificazioni e poi causticare con soluzione *ana* di nitrato d'argento. Ma forse più di tutto è consigliabile il processo di Variot per la cura dei tatuaggi. Si lava dapprima la cute con alcool acido, e poi si copre la superficie cutanea da trattare con una soluzione acquosa satura e filtrata di tannino. A traverso questa soluzione, con un ago o con un fascio di aghi si praticano tante piccole punture molto ravvicinate fino al derma, sì da produrre lieve emorragia, che si arresta subito. Si asciuga poi l'eccesso della soluzione di acido tannico e si caustica con lapis di nitrato d'argento. Si lava ancora con la stessa soluzione, si asciuga, si copre con un po' di polvere d'acido borico e si fascia.

Si formerà un'escara nera e asciutta senza fenomeni di flogosi attorno, se tutto si esegue con proprietà. L'escara si elimina dopo 15-20 giorni, e lascia una superficie violacea o rosea, colorito che dopo qualche tempo scomparirà, lasciando qualche piccola cicatrice superficiale incolora. Se vi sarà bisogno, si ripeterà il processo di cura, per avere guarigione completa e definitiva.

P. S.

(500) Prego volermi rispondere nella rubrica « Posta degli abbonati » sul modo più efficace di curare un ammalato il quale sente nettamente di avere un piccolo calcolo in vescica il quale dà i segni più sicuri della sua presenza coll'interruzione della minzione, col dolore alla fine della medesima, ecc. Si ritiene che il detto calcolo debba essere di piccole dimensioni perchè soltanto da pochi giorni ebbe a soffrire una colica nefritica a sinistra che ebbe fine con uno spasmo della vescica all'entrata in essa di questo corpo estraneo.

L'esame di altri calcoli eliminati precedentemente dall'infermo li dimostrava costituiti da concrezioni uratiche ossaliche.

Attualmente prende grandi quantità di acque alcaline (idrolitina), piperazina, licetolo, senza alcun risultato risolutivo.

È prudente attendere ancora un esito spontaneo ovvero ci sarebbe da sperimentare qualche più energico solvente dell'acido urico o fare qualche manovra più innocua, come p. es. l'introduzione di qualche sonda Beniquet, prima di ricorrere ad una litotrisia?

E data la piccolezza del calcolo, l'esito di questa ultima non sarebbe forse assai difficile e sopratutto nociva per l'uretra e la vescica?

Dott. G. N.

Rispondiamo in linea d'eccezione.

Se i disturbi subbiettivi accennati dal suo malato non sono tali da permettere un certo periodo di attesa necessaria affinchè la cura medica da lei intrapresa conduca alla espulsione spontanea del calcolo, si pratichi una cistoscopia allo scopo di constatare la reale presenza del calcolo, le sue dimensioni (possibilmente), ecc., e quindi con un cistoscopio litotritore (nel cavo l'uretra permetta l'introduzione di una strumento del 26 Char.) eseguire la frantumazione del calcolo. La manovra è delicata ma semplice e può essere eseguita ambulatoriamente.

B.

Prego specificarmi quanto possa valere terapeuticamente la morfina a piccole dosi nelle varie forme neurasteniche.

Distinti ossequi.

Abbonato n. 7218.

Nelle neurastenia, tanto nelle forme eretistiche che in quelle depressive, sono stati consigliati gli oppiacei, che sono largamente adoprati, e pare con successo, dai medici americani.

Ma più che l'uso della morfina pare vantaggioso l'uso dell'oppio in polvere o sotto forma di tintura e sempre a piccole dosi.

Ad ogni modo si devono sempre tener presenti i pericoli cui si va incontro quando si mette a disposizione dei pazienti, e di neuropatici, l'oppio o la morfina.

DR.

(501) Le sarei gratissimo se volesse darmi qualche notizia sui moderni trattamenti del morbo di Basedow, e principalmente se i preparati opoterapici (estratto di ghiandola tiroide, ovarica, ecc.) corrispondono al loro scopo.

Con mille ringraziamenti.

Abbonato n. 6591.

Nel volume « Le malattie delle glandole sanguigne » del Falta, edito dalla Società Libraria Milanese, già da noi recensito ed altra volta consigliato da queste colonne, potrà riscontrare quanto Lei desidera. Scorrendo l'indice di queste ultime annate in articoli originali, sintetici e riassuntivi, pubblicati nella Sezione pratica del « Policlinico » sono compendiate notizie utili di terapia e le rispettive indicazioni bibliografiche: ci sarebbe impossibile in pochi tratti esaurire sia pure schematicamente i punti fondamentali del dibattuto problema.

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

GIOACCHINO BRECCIA. *Il pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare*. Rosenberg e Sellier. Torino, 1915.

L'A., libero docente di patologia medica alla R. Università di Genova, ha pubblicato su questo nuovo presidio terapeutico ideato e proposto dal prof. Forlanini, un'utile guida teorico-pratica.

Il volume, illustrato, merita larga diffusione non solo per la felice esposizione della tecnica e della dottrina, ma per il ricco ed importante contributo di osservazioni personali.

Noi non sapremmo dare un miglior giudizio su questa monografia che riferendo quanto ne scrive il prof. Edoardo Maragliano (del quale il Breccia è discepolo ed assistente) nella prefazione al volume:

« Molte furono le pubblicazioni fatte sul pneumotorace artificiale, da quando il clinico di Pavia lo presentò al pubblico medico. Ma tutte o quasi casuistiche, nè sempre tali da offrire garanzie, se dimostrarono ancora una volta che le manualità, destinate ad impressionare il pubblico dei pazienti, trovano spesso fautori numerosi, non aumentano la conoscenza intima del compenso, nè le sue ragioni fisiopatologiche.

Dirò anzi che, mentre l'illustre creatore del metodo, da clinico serio quale è, cercò di bene circoscrivere le indicazioni e limitare al possibile l'applicazione, si volle dai più con casuistica raccogliticcia e tumultuaria comprometterne il valore con l'estensione soverchia.

La pubblicazione del Breccia non ha davvero queste colpe. Ispirata essa a severa osservazione clinica e sperimentale, investiga scientificamente la portata del metodo e con ricerche originali e ben concepite lo illustra.

Certo questo del Breccia è un serio contributo per lo studio e la conoscenza più intima di questo importante trovato terapeutico e merita tutta l'attenzione di quanti s'interessano a queste importanti quistioni ».

A.

A. ROSSI. *Il pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare*. Casa editrice Vittorio Idelson. Napoli, 1914. Prezzo L. 2.50.

Brevi notizie riassuntive sul pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare; una prima parte riguarda la storia, la tecnica, le indicazioni e le controindicazioni, i pericoli, ecc.; una seconda parte è molto opportunamente dedicata alla parte statistica, che rende ragione della utilità del metodo di cura italiano. *t. p.*

F. JESSEN. *Die operative Behandlung der Lungen-Tuberkulose*. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1915. Mk. 1.70.

È un quadro completo dello stato attuale del trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare: gli interventi più arditi escogitati per la cura della tubercolosi vi sono illustrati e vagliati, e sopra tutti il pneumotorace artificiale del Forlanini.

p. s.

VARIA.

Movimento della popolazione.

Da una statistica sommaria dell'Ufficio centrale di statistica annesso al Ministero di A., I. e C., desunta da un volume in corso di stampa, si rileva che nel 1913 morirono in tutto il Regno 663,966 individui, il che dà un tasso della mortalità di 18.75 o/oo; nel 1912 il quoziente era stato alquanto più basso, di 18.15 (in cifra assoluta si ebbero 28,178 morti in meno); nel 1911 era stato di 21.41 (l'elevamento devesi alle morti cagionate dal disastro calabro-siculo). La statistica indica anche le varie cause di morte.

Al 1° gennaio del 1913 la popolazione del Regno d'Italia era di 35,235,997 abitanti con una popolazione relativa di 122.9 per chilometro quadrato, cifra mai raggiunta prima e con aumento sull'anno precedente di 425,022 abitanti e di 12.2 per ogni mille abitanti.

La regione che segna un maggior aumento per mille abitanti sul solo anno 1912 è il Lazio con 20.3, mentre la provincia che segna il massimo aumento per l'intero periodo è Massa e Carrara con 25.3. Passando ai minimi troviamo le regioni il Piemonte con 7.6 per mille abitanti, e le provincie Pavia con 0.1.

Volendo fare un calcolo poi sui 69 Comuni capiluoghi di provincia e sugli altri Comuni che contavano non meno di 30,000 abitanti al 10 giugno 1911, vediamo che al 1° gennaio 1913 la città più popolosa era Napoli con 684,796 abitanti e la meno popolosa Porto Maurizio con 7858 abitanti. Le cifre dell'aumento annuo aritmetico per mille abitanti danno un massimo di 42.8 a Cerignola (provincia di Foggia) ed un minimo di 0.1 ad Avellino.

Classificati i Comuni secondo il numero degli abitanti residenti, troviamo che il Regno d'Italia ha 11 Comuni con una popolazione legale minore di 100 abitanti (e fra questi il più piccolo Comune è Clavières in provincia di Torino con 58 abitanti) e 13 Comuni con una popolazione sopra 100,000 abitanti. La categoria di maggior frequenza è quella da 101 a 2000 abi-

tanti, la quale ha dentro i suoi limiti 2021 Comuni.

La classificazione generale della popolazione complessiva del Regno per sesso e stato civile dava le seguenti cifre.

Totale dei maschi 17,021,690 di cui celibi 10,172,319 — coniugati 6,134,211 — separati 15,604 — vedovi 650,238 e con stato civile non indicato 49,318.

Totale delle femmine 17,649,687 di cui nubili 9,617,399 — coniugate 6,461,556 — separate 18,559 — vedove 1,500,000 e con stato civile non indicato 51,243.

Guardando alla popolazione classificata per età troviamo che la base di questa grande piramide consta di quasi un milione di abitanti (958431) con non oltre 1 anno di età, per finire a 227 centenari.

Nel 1912 le cifre del movimento generale della popolazione del Regno d'Italia erano le seguenti:

	Cifra assoluta	Per 1000 abitanti
Matrimoni	264,657	1.56
Nati-vivi	1,133,985	32.4
Nati-morti	37,568	1.36
Morti	635,788	18.2
Eccedenza dei nati sui morti	498,197	14.2

Guardando il quinquennio precedente si traggono buoni auspici perchè la cifra percentuale delle morti è diminuita ad un livello mai prima visto e l'eccedenza dei nati sui morti ha raggiunto la più alta cifra del quinquennio.

* * *

Nel periodo 1901-1910 la popolazione dell'Europa presentò questi indici che togliamo dal giornale *Il Lavoro*, 1914, n. 17.

Aumento della popolazione: molto notevole per la Russia europea e la Finlandia col 18.81 %, la Serbia col 15.83, la Rumenia col 14.38, la Bulgaria col 14.12, la Germania col 13.14, l'Olanda col 12.79; meno marcato per la Svezia col 6.99, la Norvegia col 6.69, l'Italia col 6.05, col 5.92 per il Portogallo, col 4.70 per la Spagna e solo coll'1.45 per la Francia.

Nei paesi europei nei quali la proporzione degli sposi per 10,000 raggiunse la cifra più elevata sono: la Serbia con 202, la Bulgaria con 195, la Rumenia con 185, l'Ungheria con 175. Seguono la Francia con 155, come in Austria, il Belgio con 158, l'Italia e l'Inghilterra con 154, la Svizzera con 150, la Spagna con 149, l'Olanda con 147. Si ebbero valori più bassi: in Finlandia 130; in Norvegia 121.

Il coefficiente di natalità raggiunse 401 in Rumenia, 418 in Bulgaria, 465 in Russia, mentre in Francia fu di 215. Per gli altri Stati si ebbero valori intermedi: Irlanda 233, Svezia 255, Belgio 255, Inghilterra 268, Ungheria 365, Austria 345, Germania 323, Spagna 344, Italia 330, Portogallo 300. In tutti i paesi europei, eccetto l'Irlanda, la Bulgaria, la Serbia, la Rumenia, l'Italia, la natalità diminuì dal 1902 al 1911, continuando così il movimento della diminuzione iniziatosi fin dal 1890.

Mentre in Francia si è registrata una mortalità di 199 per 10,000 abitanti pel periodo 1902-1911, altri paesi d'Europa diedero questi valori: Italia 215, Spagna 224, Bulgaria 231, Austria 232, Serbia, 236, Ungheria 254, Rumenia 256, Russia europea 298; e valori inferiori in Germania 184, Finlandia 178, Irlanda 173, Belgio 164, Scozia 163, Inghilterra 152, Svizzera 150, Olanda 149, Svezia 147, Norvegia e Danimarca 140. Nel detto periodo decennale la mortalità è diminuita quasi dovunque, eccetto che in Francia, dove rimase presso a poco stazionaria.

L'eccedenza annuale media delle nascite sulle morti è stata del 7 per 100,000 abitanti in Francia durante il quinquennio del 1906-1910 — e raggiunse 87 in Belgio, 113 in Germania, 115 in Italia, 116 in Inghilterra, 141 in Germania e 152 in Olanda.

Morti per alcoolismo e suicidio.

La *Riv. d'ig. e sanità pubblica* (n. 1, 1915) riferisce che in Italia sopra 100,000 persone si hanno le seguenti medie di mortalità per alcoolismo cronico, congestioni cerebrali e suicidi:

Anni	Alcoolismo cronico	Congestioni cerebrali	Suicidi
1906	702	33.1	2310
1907	163	33.2	2310
1908	901	34.6	2993
1909	1408	36.1	2969
1910	975	35.9	2880

I suicidi su 100,000 dànno le seguenti medie: Parigi 42, Pietroburgo 27, Berlino 36, Vienna 28, Londra 23, Roma 8, Milano 6, Madrid 3, Genova 31, Bruxelles 15, Amsterdam 14, Lisbona 2, Cristiania 25, Stoccolma 27, Costantinopoli 12, Ginevra 11, Dresda 51. Le causali dei suicidi in Europa su 100 casi sono: 18 per delitto, 6 per alienazione mentale, 4 per miseria, 14 per malattia, 3 per conseguenza di delitto.

La pellagra in Italia.

Secondo statistiche recenti la pellagra va tra noi diminuendo.

Nella prov. di Brescia su 81 comuni infetti si contano ora 1422 malati (nel 1881 erano 13663).

Nella prov. di Padova i casi denunziati sono stati 7000 nel 1913 (contro 11101 nel 1912).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'opera dei medici condotti durante la guerra.

È stato diramato il seguente comunicato:

« La Presidenza centrale dell'Associazione nazionale dei medici condotti e la presidenza della federazione degli Ordini dei medici avvertono che fino a nuovo avviso sono sospese tutte le limitazioni deliberate dalle rispettive organizzazioni circa gli scavalchi, le supplenze e gli interinati, per dare modo di provvedere, come meglio sarà possibile, all'assistenza sanitaria delle popolazioni rimaste, resa difficilissima dal numerosissimo richiamo di colleghi sotto le armi.

Vogliano quindi gli organizzati tutti sobbarcarsi colla maggiore abnegazione e col maggiore disinteresse all'aumento di lavoro che sarà loro richiesto dagli eccezionali bisogni dell'ora storica che passa, per farne omaggio a quella concordia di intenti e a quella unità di azione che sono le attuali supreme necessità del paese.

Riprenderemo la lotta per le nostre giuste rivendicazioni quando con la pace vittoriosa la vita della nazione avrà ripreso il suo ritmo normale, e la riprenderemo con maggior sicurezza di successo perchè un nuovo documento potremo ai pubblici poteri presentare dell'alta coscienza che abbiamo della nostra missione e dello spirito di sacrificio che anima la nostra classe ».

Una classe di professionisti, come quella dei medici condotti, che dà quotidianamente in tempi normali prove così nobili di sacrifici e di abnegazione, non ha bisogno di aggiungere alcun nuovo titolo pel riconoscimento delle sue benemerenze e dei suoi diritti.

In un periodo nel quale si decide l'avvenire della nazione, nel quale ogni categoria di cittadini offre in olocausto alla causa che difende, vita, affetti, averi, i medici condotti troveranno più che nel miraggio di nuove rivendicazioni, nella coscienza stessa del dovere compito la ricompensa ed il premio.

N. d. R.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Reggio Emilia in un'adunanza tenuta subito dopo la seduta storica della Camera dei deputati, votava il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Reggio Emilia, preso oggi in esame l'atteggiamento politico attuale dell'on. dottor Umberto Brunelli, deputato di Bologna e rappresentante elettivo degli Ordini del Regno nel Consiglio superiore di sanità;

considerato che la dignità onde fu investito dal voto degli Ordini e che lo rese e lo rende l'esponente ufficiale più alto della classe medica, come gli giovò senza dubbio a riuscir deputato così gli dà ora maggior prestigio e autorità nell'azione politica non solamente contraria ai sentimenti che sono il più geloso patrimonio ideale pur di quegli Ordini che con il loro voto l'hanno innalzato, ma disgregatrice della volontà nazionale, proprio nell'ora in cui la provocata discordia degli animi può essere il più valido aiuto ai nemici della Patria;

considerato che nel caso speciale non si tratta già della consueta azione politica o sociale in tempi normali — e di ogni libertà noi possiamo a ragione vantarci antichi e non pavidi assertori — ma di atteggiamento meditato e metodico che, in tempo d'eccezione quale è questo, oltrepassa di troppo per esser tollerato il limite segnato dal comune consentimento alle competizioni sociali e di parte; e offendendo e danneggiando le più legittime aspirazioni nazionali si risolve, per un errato egoismo di classe, in un tentativo di rinunzia a rivendicare alla Patria genti italiane tuttora oppresse, e alla Libertà e alla Pace genti straniere che in lunga guerra imposta difendono generosamente in sè l'immortale diritto di tutti gli uomini;

e considerato, infine, che a nessuno è permesso, per una troppo sottile distinzione dello spirito, di scindere tanto la propria responsabilità da poter sostenere come deputato l'illecito e l'assurdo politico senza coinvolgere più o meno in tale atto le altre qualità specialmente elettive di cui sia investito, quale è appunto il caso del deputato per Bologna, che è anche membro del Consiglio superiore di sanità per gli Ordini dei medici;

con unanime voto, esprime la sua disapprovazione all'opera politica svolta dall'on. Brunelli nell'imminenza dell'ora decisiva ai destini della Patria;

revoca virtualmente il voto con il quale, per mezzo del presidente, contribuì a termini dell'art. 7 della legge sugli Ordini dei sanitari, a nominarlo a far parte del Consiglio suddetto;

e prega l'ill.mo signor presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici, di partecipar loro, per notizia e norma, il presente ordine del giorno ».

Per la continuità del servizio medico negli Ospedali di Roma. — La Presidenza dell'Ordine c'invia la seguente lettera. Da parte nostra siamo lieti di aver provocato le precise ed esaurienti delucidazioni in essa contenute.

Roma, 1° giugno 1915.

Egregi colleghi del « Policlinico »,

Nella rubrica « Notizie diverse » del fascicolo 22, Sezione pratica, 30 maggio corrente, sotto il titolo: « I medici romani attendono di essere chiamati negli Ospedali » sono riportate le lamentele, già apparse sulla stampa politica, di alcuni anonimi colleghi che fanno rimprovero all'Ordine dei medici per non avere pensato di convocare un'adunanza speciale di liberi esercenti onde coadiuvare la Direzione degli Ospedali e della Sanità pubblica in questo momento eccezionale.

Ora, è bene si sappia che il Bollettino dell'Ordine, pubblicato il 15 aprile u. s., e spedito gratuitamente a tutti gli inscritti, riporta, dopo la lettera diretta alla Presidenza dell'Ordine dal regio commissario degli ospedali, perchè gli fossero segnalati nomi di medici disposti a prestare servizio negli ospedali stessi, l'invito a darsi in nota alla Segreteria dell'Ordine.

Il che da molti venne fatto, ed una prima nota è già stata inviata al regio commissario, con riserva di farne seguire altre, man mano che le iscrizioni avverranno.

Ed altra nota di colleghi, pronti ad assumere impegni presso la Direzione generale di sanità pubblica, con oltre 80 nomi, è stata spedita al prefetto di Roma, da parecchi giorni.

Ritengo quindi che l'Ordine abbia compiuto il suo dovere e se i colleghi che si lagnano, si tenessero un po' più a contatto con le organizzazioni, da cui sono rappresentanti, non si darebbe al pubblico uno spettacolo pietoso, con delle lamentele fuori di luogo.

Con perfetta osservanza

Il presidente dell'Ordine
Dott. E. BALLERINI.

Società Medica Ligure di M. S. in Genova. — Il 26 marzo ebbe luogo la seduta ordinaria dell'Assemblea della Società Medica Ligure di Mutuo Soccorso con l'intervento di numerosi soci e di tutta la Presidenza.

Venne approvata la relazione dei Sindaci ed il Bilancio consuntivo del 1914, che porta i seguenti dati:

Fondo patrimoniale, lire 52,300.00; attivo, lire 5779.27; passivo, lire 5773.85 con un residuo di cassa di lire 3005.42.

Il numero dei soci al chiudersi del 1914 risulta di 237, ai quali sono da aggiungerne già 12 pel 1915.

La somma distribuita in elargizioni e sussidi raggiunge la cifra di lire 90,680.00.

Così l'esercizio del 1914 si chiuse in condizioni abbastanza floride perchè registra nel suo bilancio la distribuzione di larghi sussidi che a tutt'oggi sorpassano le novanta mila lire, mentre il patrimonio sociale è di oltre 90,000 lire.

L'andamento regolare amministrativo della Società che valse già ad essa gli elogi del Ministero di Agricoltura Industria e Commercio e speciali onorificenze nelle Esposizioni di Parigi e di Milano e la quotidiana esplicazione del suo programma di beneficenza e di altruismo che le mantengono da tanto tempo l'appoggio e la simpatia della classe medica e farmaceutica, valga ad invogliare e decidere tutti i cultori della scienza e dell'arte medica farmaceutica a farne parte e ad iscriversi a soci.

Nuova sezione dell'A. N. M. C. — Numerosi medici condotti del Montefeltro si riunirono in Macerata (Feltria - Pesaro), e deliberarono di costituire una nuova sezione dell'A. N. M. C., di cui essi sentivano la necessità, perchè la distanza enorme vieta loro di partecipare ai lavori della sezione Fanese, di cui avrebbero dovuto far parte. Della nuova sezione è presidente il dott. A. Sardi di Montegrimano, e segretario il dott. M. Crinelli di Montecerignone.

Consorzio di sanitari. — A Riesi (Caltanissetta), si è costituito un Consorzio fra quei sanitari, il cui programma è racchiuso nei seguenti postulati:

1° Elevare il decoro e la dignità della classe sanitaria.

2° Richiamare al rispetto della deontologia professionale coloro i quali possono mancarvi.

3° Impedire, a norma delle vigenti leggi, lo esercizio abusivo e clandestino delle singole professioni.

4° Promuovere, agevolare gli atti e le istituzioni che possano riuscire proficue al compito sociale dei sanitarii e ai fini dell'igiene e della sanità privata e pubblica.

5° Tutelare e garantire gli interessi morali ed economici dei consorziati, presso privati o enti pubblici.

INTUBAZIONE DELLA LARINGE E TRACHEOTOMIA

Pratica ed importante pubblicazione del prof. Francesco Egidi, Docente di Laringologia nella R. Università di Roma.

Elegante volume in carta di lusso di oltre 300 pagine con 46 figure — In commercio L. 3.50 più le spese di spedizione. Pei nostri Abbonati, franco di porto e raccomandato L. 2.50.

Inviare cartolina-vaglia esclusivamente alla nostra Amministrazione:

Roma - Via del Tritone, 46 - Roma

RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

Concorsi per nomine a medici condotti - Diploma di laurea originale o copia autentica - Quando si possa ammettere equipollente.

Il giudizio della Commissione giudicatrice dei titoli nei concorsi per nomine a medico condotto è insindacabile per quanto riflette il merito dei concorrenti ma non in quanto ne escluda qualcuno, dovendo il Comune occuparsi delle esclusioni per non viziare, in caso di designazione illegale, la legittimità della nomina che ne consegue.

L'articolo 47, capoverso ultimo, del Regolamento sanitario del 19 luglio 1906, che stabilisce doversi richiedere nei suaccennati concorsi la laurea in originale od in copia notarile, deve essere applicato nei singoli casi con le distinzioni necessarie ad evitare stridenti antitesi fra esso ed i più ricevuti concetti logici.

Pertanto la ipotesi di smarrimento dell'originale diploma di laurea, d'onde l'impossibilità di una copia, è da considerare come ostacolo di forza maggiore, includente efficacia al certificato universitario, specie se il candidato escluso possa dimostrare in altri non dubbi modi di essere provveduto del titolo accademico richiesto. I certificati di laurea che le segreterie universitarie rilasciano sono documenti autentici. (IV Sezione del Consiglio di Stato, 15 gennaio 1915).

Con tale decisione si pone termine ad una quistione più volte proposta e variamente risoluta dalla dottrina.

Alla domanda: se nei concorsi per la nomina a medico condotto sia lecito sostituire il certificato degli studii rilasciato dalle segreterie universitarie al diploma originale di laurea ed alla copia notarile di esso, la IV Sezione risponde senza esitanza affermativamente, dichiarando perfettamente autentico il certificato medesimo.

Occorre, però, che la qualità di laureato nel candidato non sia unicamente provata dal certificato, ma risulti da altro congruo complesso nucleo di prove e di presunzioni da escludere ogni possibile eventuale dubbio sulla veridicità dell'asserto.

Bisogna, secondo noi, andare molto adagio nella applicazione di tale massima.

Occorre tener presente che nelle ammissioni e nelle esclusioni di candidati ai concorsi, sono in gioco sacrosanti diritti di terzi. È mestieri, pertanto, tener nel debito conto e strettamente osservare le disposizioni regolamentari e non discostarsi troppo e facilmente dalle medesime.

Se il regolamento tassativamente prescrive la esibizione della laurea o della copia notarile di essa, non si può in massima esimere il candidato dal produrre l'uno o l'altro documento.

Ammettiamo, quindi, che solo in caso di forza maggiore e, cioè, quando fosse evidentemente dimostrata l'assoluta impossibilità di esibirli, sia lecito ricorrere ad equipollenti, ritenuti egualmente attendibili perchè suffragati dal concorso di circostanze non impugnabili, non equivoche, e non transitorie.

Ben poi la IV Sezione ha riconosciuta la potestà del Consiglio comunale, che per legge è chiamato a procedere alla nomina dei proprii impiegati, di esaminare le conclusioni della Commissione giudicatrice dei titoli in quanto riflette la pronunziata esclusione di taluni candidati dalla prova per difetto di documentazione. Non può negarsi a chi ha bandito il concorso ed ha la responsabilità della nomina, il diritto di riesaminare il giudizio della Commissione in quanto riflette la legalità e la validità dei titoli presentati dai singoli concorrenti. Se così non fosse, l'opera dei Consigli comunali diverrebbe assolutamente passiva, locchè, in riguardo alla parte rituale del concorso, è contrario alla parola ed allo spirito della legge.

Medico condotto ed ufficiale sanitario - Dimissioni. Elettorato amministrativo.

La norma sancita nello articolo 42 della legge sullo stato giuridico degli impiegati, secondo cui, in caso di elezione politica, le dimissioni dal posto producono effetto anche se non ancora accettate dalla Amministrazione nel dì dei comizii, si applica, oltre che agli impiegati civili dello Stato, per analogia anche agli impiegati delle Provincie e dei Comuni e, quindi, anche al medico condotto ed allo ufficiale sanitario non ostante trattisi di elettorato amministrativo per posti di consigliere provinciale. Occorre, però, che si abbandoni volontariamente l'impiego e che cessi la percezione delle relative competenze. (Corte di Appello di Napoli, 18 novembre 1914).

Per quanto ci consta è la prima volta che l'autorità giudiziaria si è occupata di tale argomento.

Finora l'articolo 42 della citata legge sullo stato giuridico degli impiegati civili si era sempre e solamente applicato a favore degli impiegati civili che si ritenevano eleggibili pel solo fatto di aver rassegnato le dimissioni dalla carica precedentemente al giorno fissato pei comizii ancorchè le dimissioni stesse non fossero state regolarmente accettate dalle amministrazioni da cui dipendevano. La Corte estende ora la massima a tutti gli impiegati, sia che ser-

vano lo Stato, sia che servano le Provincie od i Comuni e non solo in caso di elezione politica ma anche in quello di elezioni amministrative comunali o provinciali. L'inconveniente che si volle, col suindicato articolo, evitare, quello, cioè, di far dipendere l'eleggibilità di un impiegato dalla volontà di un terzo, quale è la pubblica amministrazione, che poteva, con deplorevole oscitanza o serotina pronunzia, privare dell'elettorato politico il proprio dipendente, può effettivamente verificarsi anche in tema di elettorato amministrativo. Il medico condotto per aspirare alla nomina a consigliere provinciale o comunale, dovea non solo rassegnare le proprie dimissioni prima del giorno fissato pei comizii ma brigare a che le dimissioni stesse fossero accettate in tempo. Non vi ha chi non scorga il pericolo cui tanti professionisti si trovavano esposti pel conseguimento di un puro e santo loro ideale. Nelle ardenti lotte partigiane che quotidianamente, pur troppo, si svolgono, specie nei piccoli centri, non era difficile che l'amministrazione imperante ricorresse allo espediente di ritardare ad arte la presa di atto delle dimissioni onde impedire al medico di assurgere al potere. Era questa una gratuita offesa alla libertà individuale, per cui una persona rimaneva ancora dipendente ed asservita ad un ente, verso il quale avea solennemente dichiarato di voler rompere ogni legame o vincolo di impiego.

La Corte con la surricordata sentenza ha ora rimosso ogni ostacolo.

Basta il semplice fatto della presentazione delle dimissioni perchè il condottato resti libero delle sue azioni e diventi eleggibile.

Si richiede, però, che con le dimissioni, l'impiegato abbandoni effettivamente il posto e, quel che più monta, cessi la percezione dello stipendio. Ciò, si intende, per evitare che le dimissioni diventino una vera e propria finzione per cui, mentre apparentemente sembri rotto il vincolo di impiego, esso resti egualmente saldo ed intatto in concreto, se non altro, sotto il punto di vista della percezione dello stipendio.

Doctor JUSTITIA.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5274) *Servizio militare.* — Il Dott. S. C. da M. desidera conoscere se avendo aderito ad essere chiamato in servizio in caso di mobilitazione come ufficiale medico, gli sarà conservato il posto di medico condotto o sia possibile trovare una eccezione pel fatto che egli aderì spontaneamente mentre non avrebbe avuto l'obbligo di alcun servizio militare essendo stato a suo tempo riformato per difetto di vista.

I Comuni hanno il dovere di conservare il posto ai proprii dipendenti durante la chiamata sotto le armi per mobilitazione. In tale circostanza l'impiegato è considerato in congedo e perciò gode anche dello stipendio per la intera durata del servizio. Non monta che Ella abbia volontariamente aderito alla carica, giacchè essa fu assunta molto tempo addietro, quando non vi era nemmeno la più lontana idea che fosse avvenuta effettivamente la relativa chiamata. Ora, però, qualora fosse chiamata non potrebbe esimersi dal rispondere e, però, ha vero e proprio obbligo di presentarsi.

(5275) *Vaccinazione - Servizio militare.* — Il Dott. abbonato n. 5472 desidera conoscere: 1° se il medico a condotta piena sia obbligato a vaccinare i bambini nati in altri paesi, ma tenuti a balia nella propria condotta; 2° se può rifiutare la vaccinazione a bambini recati da altri paesi ove sono nati e risiedono; 3° se hanno diritto a vaccinazione gratuita i bambini nati nel luogo ma residenti altrove; 4° se trascorso il giorno e l'ora stabilita per la vaccinazione sia più il medico obbligato a vaccinare chi non è stato condotto nel locale all'uopo fissato e deve portarsi al domiclio del vaccinando; 5° se avendo diritto ad esenzione come medico condotto unico del paese alla chiamata alle armi debba questo suo diritto far valere prima, dopo, o contemporaneamente alla eventuale chiamata.

Il medico condotto a cura piena è tenuto a vaccinare i bambini tenuti a balia, perchè essi formano parte integrale ed inscindibile della famiglia che li ricovera ed alleva. Non hanno però diritto a vaccinazione gratuita i bambini nati altrove e che si recano costà per la vaccinazione nè quelli che, tuttochè nativi del luogo, risiedano con le famiglie in altro posto. Trascorso il giorno fissato nel manifesto, il medico non ha più alcun obbligo verso la famiglia, che potrà, però, usufruire di altra pubblica seduta. Non ha il dovere di recarsi a domicilio. Se vi si reca può ben pretendere adeguato compenso. Non appena riceverà la chiamata invii al Distretto militare da cui dipende un certificato del sindaco con cui tale funzionario attesti sotto la sua personale responsabilità che la di Lei opera è assolutamente necessaria pel regolare andamento del servizio. Il passaggio alla terza categoria quale unico figlio di madre vedova deve essere chiesto non oltre l'anno in cui è avvenuta la modificazione della famiglia. Presentemente tali trasferimenti sono sospesi per coloro che non appartengono alle classi del 1893, 94 e 95.

(5277) *Capitolato medico.* — Al Dott. E. B. da S. L. N. rispondiamo che egli ha pienamente ragione. L'articolo del capitolato cui allude è fatto in modo che impedisce al medico di usufruire del congedo che gli è garentito dalla legge. Ricorra al Comune ed in mancanza alla G. P. A. chiedendo opportune modificazioni.

(5278) *Servizio militare.* — Il Dott. V. G. da M. M. desidera conoscere se un medico di terza categoria, che non ha mai prestato servizio militare, possa essere chiamato in qualità di infermiere, se l'esenzione dell'unico medico condotto possa essere concessa anche quando nel Comune esiste un vecchio medico libero esercente, se, chiamato sotto le armi, possa allora fare domanda per nomina ad ufficiale medico.

Il medico che è chiamato sotto le armi perchè di terza categoria che non ha mai prestato servizio, serve come soldato semplice a prescindere dalla professione che possiede. È naturale che sia adibito a qualche ospedale in una qualità qualsiasi in cui possa rendersi utile. Ai medici di terza categoria è aperto arruolamento per la nomina a ufficiali medici di complemento fino al 31 dicembre dell'anno in corso. Per maggiori chiarimenti e per la documentazione della domanda è duopo che si rivolga al Distretto militare da cui dipende. Secondo il nostro avviso l'esenzione dalla chiamata al medico condotto unico può essere data anche quando nel Comune esistano altri medici liberi esercenti. In caso di mobilitazione il medico condotto conserva l'intero stipendio del Comune per l'intera durata del servizio militare.

(5279) *Chiamata sotto le armi.* — Al Dott. A. C. da N. rispondiamo che da quanto egli asserisce sembra evidente che la sua offerta di servire in un ospedale di riserva sia stata accolta dalla autorità militare. Deve attendere l'invito per prendere effettivo servizio entro otto giorni dalla mobilitazione, come egli stesso proponeva, accettando.

(5280) *Vendita all'ingrosso di specialità medicinali.* — Il Dott. S. L. da P. all'A. desidera conoscere se un cittadino qualunque può prendere per una data zona la rappresentanza ed il deposito di specialità medicinali vendendole solo ai farmacisti in quantità maggiore o minore secondo la loro richiesta ed escludendo assolutamente la vendita pei privati.

Per il disposto dello articolo 18 della legge 22 maggio 1913, n. 468, sull'esercizio delle farmacie, la vendita delle specialità medicinali è vietata, sotto qualsiasi forma e quantità, a chi non sia farmacista. Però il divieto è riferibile unicamente alla *vendita al pubblico,* cioè alla vendita al minuto, ma non può estendersi alla vendita all'ingrosso, fatta non *al pubblico,* ma solamente alla classe dei farmacisti. Se il legislatore non avesse voluto ammettere tale limitazione di divieto avrebbe potuto ben sopprimere la parola *al pubblico* posta tanto nel primo quanto nel secondo capoverso dello articolo sopra indicato.

(5281) *Ufficiale sanitario - Procedimento penale - Sospensione.* — Il Dott. X. Y. da Z. desidera conoscere se un ufficiale sanitario, che è sotto processo per calunnia e per abuso della propria carica, debba essere sospeso dal proprio ufficio dal primo momento della presentazione della querela o dal rinvio al giudizio.

L'ufficiale sanitario non è sospeso dalle sue funzioni nè dalla presentazione della querela nè da quella dell'eventuale rinvio a giudizio. Egli potrebbe, invece, essere revocato dalla carica sol se fosse condannato per uno dei delitti enunciati nell'articolo 22, ora 25, della legge comunale e provinciale, fra cui è compresa appunto la *calunnia.* Doctor Justitia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Corpo Sanitario Militare.

Ufficiali in servizio attivo. — Tenente colonnello medico promosso colonnello medico: Galli cav. Gio. Domenico.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Cautella Mariano, Delogu Gaetano.

Capitani medici promossi maggiori medici: Scalese cav. Giorgio, Massarotti Giuseppe, Marini cav. Emilio Paolo.

Tenenti medici promossi capitani medici: Zepponi Napoleone, Parente Ferdinando, Oteri Vincenzo, Greco Domenico, Muratori Carlo Felice.

Ufficiali in posizione di servizio ausiliario. — Colonnello medico promosso maggiore generale medico: Susca cav. Vito.

Ai capitani medici inscritti nell'« Annuario Militare » con anzianità a tutto l'11 marzo 1905 è conferita la qualifica di primo capitano a sensi dell'art. 5 del R. decreto del 28 marzo 1915, n. 339, dal 1° aprile 1915.

Ufficiali di riserva. — Capitani medici promossi maggiori medici: Brivio Francesco, Fortunato cav. Carlo, Pasino cav. Eligio.

Tenenti medici promossi capitani medici: Lorefice Silvio, Guadagno Paolo, Bruschetti Luigi.

Sottotenenti medici promossi tenenti medici: Marino Giuseppe, Orlando Sebastiano.

Ai capitani medici inscritti nell'« Annuario Militare » con anzianità a tutto il 1° ottobre 1900 è conferita la qualifica di primo capitano dal 1° aprile 1915.

Il nostro collaboratore dott. Giuseppe D'Agata, libero docente di patologia generale nella R. Università di Pavia, con R. decreto del 22 maggio è stato abilitato per titoli alla libera docenza in patologia speciale chirurgica nel Regio Istituto di studi superiori di perfezionamento di Firenze.

Sentiti rallegramenti.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA

Vigilanza igienica sulla costruzione ed esercizio di condotture d'acqua potabile.

Il Ministero dell'interno (Direzione generale della Sanità) ha diramato ai prefetti una circolare che riportiamo largamente perchè interessa molti ufficiali sanitari:

Alle SS. LL. non è certamente sfuggito il salutare risveglio nella esecuzione di opere igieniche da parte dei Comuni, verificatosi sotto il benefico influsso della legge 25 giugno 1911, n. 586, la quale, eliminando i più gravi ostacoli derivanti dalle condizioni finanziarie dei Comuni stessi, ha suscitato una nobile gara di proficue iniziative.

Il Ministero segue con compiacimento e con assidua cura l'estendersi dell'azione delle amministrazioni municipali per la rigenerazione igienica dei centri abitati, specialmente per quanto riguarda la *provvista di buona acqua potabile.*

Il raggiungimento del fine, necessario per qualsiasi opera, è essenzialissimo per quelle relative allo *approvvigionamento idrico,* trattandosi di lavori di speciale delicatezza ed importanza, nei quali non sono tollerabili errori o deficienze, senza che ne resti menomata e talvolta annullata e perfino resa dannosa alla pubblica salute la funzione che l'opera deve assicurare.

Ecco i punti sui quali si crede opportuno di richiamare in modo tutto speciale l'attenzione delle SS. LL.

Necessità di precise indagini sulle acque da condottare e sulla portata delle sorgenti.

È indispensabile che le acque, che si intendono addurre ai centri abitati per uso potabile, siano studiate con ogni cura, illustrando quella che si dice la « storia dell'acqua », avvertendosi che, quando si tratta di acqua di sorgente, acquista uno speciale valore lo studio della sua « portata ».

Nello stabilire la dotazione media di acqua per abitante, come si è notato nella circolare 30 dicembre 1912 e con quella successiva del 30 settembre 1914, non si dovrà cadere nell'eccesso di stabilire quote esagerate dovendo, caso per caso, il quantitativo essere posto in relazione alle peculiari condizioni proprie del centro, a cui l'acqua dovrà servire. In ogni caso dovrà essere eliminato il gravissimo inconveniente di redazione di progetti in base a quote d'acqua non bene assicurate.

Necessità di decentrare le analisi.

Finora le analisi delle acque, sia dal lato chimico, sia da quello microscopico e batteriologico, sono state eseguite, nella grande maggioranza dei casi e per la maggior parte delle provincie, nei laboratori della Direzione generale della sanità in Roma. Tale consuetudine però non è scevra d'inconvenienti, rappresentati principalmente dal ritardo nello espletamento della analisi, a cagione del gran numero di campioni, che arrivano ai Laboratori, i quali si trovano per altri lavori già oberati; sia perchè sovente, a causa delle grandi distanze, i campioni stessi giungono in condizioni tali da divenire inidonei all'esame, donde la necessità di nuovi prelevamenti, con conseguente perdita di tempo e nuove spese.

Ad eliminare tali gravi inconvenienti è necessario che si faccia ricorso ai laboratori della Direzione generale della sanità solo in casi eccezionali, mentre che, come norma, ogni comune dovrà procurare d'inviare i campioni per le analisi al laboratorio più vicino, debitamente autorizzato, la qual cosa non sarà sempre difficile giacchè laboratori adatti, universitari, comunali o consorziali, non mancano o nella provincia medesima od in una vicina.

La circolare si occupa del collaudo delle opere e ricognizione del regolare funzionamento nei riguardi igienici; quindi prosegue:

Vigilanza sugli acquedotti.

Ultima e non meno importante funzione infine (costruito, collaudato ed in esercizio l'acquedotto) è quella di curarne il regolare ed igienico funzionamento.

A tale scopo — e quanto che si dice per gli acquedotti che si vanno a costruire serve anche per quelli già in esercizio — è indispensabile che i Prefetti curino, con ogni maggiore diligenza, che i pubblici servizi di acqua potabile, quale ne sia il sistema, siano continuamente sorvegliati nei riguardi sanitari, imperocchè non di rado, pur troppo, è avvenuto che il grande beneficio di una pubblica dotazione d'acqua sia stato frustrato od anche invertito nelle sue igieniche finalità, da inquinamenti accidentali, sopravvenuti per incuria nella manutenzione delle zone di protezione dei manufatti delle opere di depurazione e delle condutture o per mancata vigilanza durante lavori di riparazione o di restauro, o per omissione della doverosa sorveglianza sanitaria sul personale dei custodi o dei manovratori.

Questa complessa azione di vigilanza igienica deve essere ininterrotta, così come continuo è il pericolo di contaminazione e d'inquinamenti e deve essere esercitata, oltre che dal personale addetto dai Comuni all'esercizio degli acquedotti anche dagli ufficiali sanitari e dai medici provinciali, che dovranno farne oggetto di investi-

gazione tutte le volte che, per qualsiasi ragione, abbiano a recarsi nei comuni della provincia, e che dovranno eventualmente provocare dai Prefetti, e questi dal Ministero, speciali ispezioni, ogni qualvolta vengano a cognizione di dati e di fatti, che ne dimostrino la necessità.

Per raggiungere il completo scopo di igienica tutela delle acque potabili è quindi necessario che i Prefetti provochino, ove manchino, dai sindaci interessati, apposite *ordinanze* nelle quali siano indicate le modalità della vigilanza sanitaria sull'esercizio, sulle opere, sugli impianti di depurazione, sulle distribuzioni urbane e domestiche, sul personale addetto e, per le eventualità di ispezioni nei cunicoli, nei serbatoi, ecc., e nella ricorrenza di lavori per riparazioni o restauri o per le conseguenti disinfezioni delle condutture, quando del caso, prima di rimetterle in funzione dopo riparate.

E per assicurare l'esatto adempimento delle prescrizioni impartite è necessario che nelle accennate *ordinanze* sia espressamente indicato il *funzionario*, che sarà *responsabile* della loro esecuzione.

Dette *ordinanze*, che occorre siano emanate di *urgenza*, potranno poi essere riportate nel regolamento locale d'igiene o in quello speciale per l'esercizio dell'acquedotto.

CONDOTTE E CONCORSI.

* ABBASANTA (*Cagliari*). — Condotto per tre Comuni; L. 4000 lorde. Scad. 25 giugno.

ARPINO (*Caserta*). — Condotto generalità; L. 2200 lorde con due decimi pel 1° quinquenn. e un decimo per due quinquenni successivi. Età massima 35 anni s. e. r. Scad. 15 giugno.

* ARTENA (*Roma*). — A tutto il 10 giugno, una delle due condotte, L. 4000 lorde, di cui 2/3 pei poveri. Servizio entro 10 giorni. Ab. 6000 di cui 1400 nelle frazioni.

AVELLINO. — Capo del Labor. medico-micr. di vigilanza igien. fra i Comuni della provinc. Documenti entro ore 12 del 15 giugno al presidente del Consorzio, sindaco di Avellino. Titoli speciali. Esami. L. 3000, tre aumenti sessennali del decimo; partecipazione agli utili derivanti dalle analisi ai privati e da altri eventuali proventi.

BERGAMO. *Consiglio Istituti ospitalieri.* — Primario della sezione oftalmica; L. 1500 nette di R. M. Scad. ore 15 del 10 giugno. Memorie e lavori scientifici a stampa ed in tre copie. Esami. Potranno essere rimandati gli esami ed annullato il concorso in causa della mobilitazione. Servizio 12 nov.

CANTIANO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto 10 giu. 2° reparto; condotta semiresidenziale; L. 3000 fino a 1000 poveri, L. 75 per ogni cento pov. in più o frazione, L. 50 per ogni cento o frazione semiabbienti, L. 250 se U. S., lorde. Accettaz. entro 20 giorni, servizio entro 30 giu. Ab. 4658, di cui 2502 nel reparto, ettari 4100. Osp. civico.

CASTIGLIONE D'ASTI (*Alessandria*). — Pop. 900. Condotta generalità; L. 1300 lorde e L. 100 per U. S. Senza obbligo di residenza nel Comune Scadenza 10 giugno.

CHIAMPO-SAN PIETRO MUSSOLINO (*Vicenza*). — Condotta; L. 4000 con l'obbligo del cavallo e per i soli poveri. Residenza a Chiampo. Termine 30 giugno. Documenti di rito.

CODIGORO (*Ferrara*). — A tutto il 10 giugno. Residenziale. Stipendio L. 3200 con tre aumenti sessennali di 1/10. Ind. di cavalc. obblig. L. 600.

CORVINO S. QUIRICO (*Pavia*). — Consorzio con Torricella Verzate e Oliva Gessi. Ab. 3141. Cura piena. Stipendio complessivo L. 5500, mezzo generico di trasporto. Tre aum. sess. Scad. 10 giu.

CRESPINO (*Rovigo*). — A tutto il 10 giugno 1° reparto. Non meno di due anni di assistentato effettivo in un ospedale o due di condotta medica chirurgica; L. 5500 con due sessenni; assic.; cinque frazioni; ab. 2550; km. 3 × 5; servizio nell'ospizio comunale e ambulatorio; obbl. mezzo di trasporto; servizio entro 15 g.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Primario medico. Età massima 40 anni; 10 anni di laurea e 5 di servizio effettivo; salvo eccezioni contemplate nell'avviso di concorso; pubblicaz. in 5 esemplari. Servizio entro 10 giorni. Documenti alla Segreteria entro le ore 17 del 10 giugno.

GALATRO (*Reggio Cal.*). — Condotto generalità; L. 2600 oltre L. 100 quale U. S. Due anni di esercizio professionale. Età 29-60 anni. Servizio entro 5 giorni salvo legittimo impedimento nel qual caso richiedesi esplicito atto di accettazione. Scad. un mese dal 25 maggio.

GIMIGLIANO (*Catanzaro*). — 2ª condotta; L. 2200 lorde, con aumenti sess. Età limite 35 anni, s. e. r. Servizio entro 20 giorni. Scad. 30 giugno.

NIVVIANO (*Piacenza*). — Condotta Trevozzo; poveri; L. 3000 lorde e L. 800 per indennità cavalcatura. Scadenza 21 giugno.

OLDENICO (*Novara*). — Popol. ab. 715; L. 2650 in corso di approvazione, oltre a L. 50 quale u. s., e L. 200 per indennità alloggio. Scadenza 15 giugno.

OTRICOLI (*Perugia*). — Concorso medico chirurgo prorogato a tutto il 15 giugno; lorde lire 4000. Rivolgersi al Sindaco.

PIETRA MONTECORVINO (*Foggia*). — Condotta poveri; ab. 4138 in unico centro; 7000 ha.; poveri 1/3 circa. Scad. 15 giu. L. 1500 lorde, con sessenni, oltre un decimo d'indennità malaria.

* POLINAGO (*Modena*). — Prima condotta; ettari 2002.330; abitanti 2370 di cui 100 con diritto a cura gratuita; L. 2700 lorde; tre quinquenni di L. 200; assicur. Età limite 35 anni. Servizio entro 10 giorni. Scad. a tutto il 14 giugno.

PORTO MANTOVANO (*Mantova*). — A tutto il 10 giugno, frazione Soave, residenziale; L. 3000 lorde e tre sessenni; L. 600 indenn. cavalc.

RIPATRANSONE (*Ascoli Piceno*). — Condotto di campagna; abitanti 2679; L. 3585 lorde e tre sessenni. Scadenza 15 giugno.

ROMA. *Ministero dell'interno* (Direzione generale della sanità pubblica). — È indetta una sessione di esami per la concessione della autorizzazione a viaggiare come medico di bordo. Vedi fasc. 21. Scad. 15 luglio.

ROURE (*Torino*). — Medico condotto e U. S.; L. 3200. Scadenza 20 giugno.

* SALTARA (*Pesaro-Urbino*). — Al 12 giugno, condotta; L. 3000 pei poveri e L. 1000 per gli abbienti, lorde; L. 100 quale U. S.; L. 700 d'indenn. cav.; tre sessenni su L. 4000; assicurazione. Servizio entro 15 giorni.

* SCALDASOLE (*Pavia*). — Condotto; L. 3800 più L. 100 u. s., e L. 100 locale ambulanza. Abit. 1200. Scad. 15 giugno.

SCLAFANI (*Palermo*). — Condotta piena; lire 3500 lorde e un sessennio, alloggio; due anni di laurea; obbligo arm. far. Scad. 15 luglio.

SPIRANO (*Bergamo*). — A tutto 15 giugno, condotta con Lurano; L. 4400 lorde, compreso mansioni u. s. Servizio entro 8 giorni. In comune havvi l'ospedale.

TORNACO (*Novara*). — Condotta; kmq. 4 in piano; abitanti 2042; L. 1800 per circa 1000 poveri, L. 200 per la gener. e L. 200 quale U. S.; alloggio; tre sessenni pei quali è pendente l'approvazione. Scadenza 20 giugno.

VERONA. *Consiglio ospitaliero.* — Concorso per titoli ed anche per esami, al posto di primario specialista in otorinolaringoiatria presso l'Ospedale Civile. Stipendio L. 1200 lorde, quattro quinquenni del decimo. Scadenza 15 giugno.

VILLAPUTZU (*Cagliari*). — Condotto generalità. Vedi fasc. 22.

Il dott. Domenico Reitano (via Pisanelli, 34, Napoli), medico-chirurgo oculista, esente da obblighi di servizio militare, primarie referenze, accetterebbe sin dal mese di giugno p. v. qualsiasi interinato, possibilmente in città o locale ospedaliero, purchè a condizioni vantaggiose.

Medico, già pratico condotte ed ospedali, perfezionato in igiene, accetterebbe interinato a buone condizioni nelle province della Toscana o vicinanze. Scrivere a Nitti Nicola, Livorno, via Cairoli, 5.

Diffide e boicottaggi:

Ci si comunica:

Sig. Redattore,

Nel ringraziarla sentitamente a nome di questa Sezione per la diffida pubblicata sul suo autorevolissimo periodico, del concorso alla condotta di Rocca di Papa, ho il piacere di avvertire anche la S. V. che quel Comune ha finalmente deliberato di aderire alle giuste richieste della Sezione stessa.

Cade così qualunque diffida al concorso suddetto, che anzi, con le nuove migliorate condizioni, dovrebbe essere raccomandato.

Castelgandolfo.

Il Segr. della Sezione dei Castelli Romani della A. N. M. C.: Dott. G. MARCHETTI.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la difesa sanitaria del paese.

Il Ministero dell'interno (Direzione generale della Sanità), preoccupato sin dall'agosto del passato anno della necessità di tutelare la salute pubblica dalle eventuali conseguenze, nei riguardi sanitari, degli avvenimenti internazionali, ha a tale intento predisposto una serie di provvidenze preventive, che sono già state attuate con ottimo esito, o sono tuttavia in corso di attuazione con risultato che si prevede non meno soddisfacente. Tra i provvedimenti adottati, si rilevano i seguenti: esercitazioni di batteriologia, tenute nel laboratorio batteriologico della Sanità stessa; corsi dimostrativi pei medici, sulla profilassi delle malattie infettive, aperti in alcune Università, e corsi per l'istruzione dei disinfettatori, aperti in alcune Università e presso l'Ufficio d'Igiene di alcuni comuni del Regno.

A compiere le esercitazioni di batteriologia, iniziate nell'ottobre p. p., sono stati e saranno chiamati, per gruppi, direttori e assistenti di laboratori comunali di igiene: esse mirano a rendere agevole e sicura, con unità di indirizzo, la diagnosi delle malattie esotiche più comuni.

I corsi dimostrativi per i medici, sulla profilassi delle malattie infettive, sono stati indetti in questi giorni presso le Università di Torino, Parma, Roma, Napoli, Palermo e nel R. Istituto di studi superiori di Firenze, e verranno svolti con speciale riguardo alle condizioni sanitarie di alcuni degli Stati di Europa, nel momento attuale.

I corsi per l'istruzione dei disinfettatori sono stati istituiti presso gli Istituti di igiene delle Università di Bologna, Cagliari, Catania, Modena, Napoli, Padova, Palermo, Pisa, Sassari, Siena e del R. Istituto di studi superiori di Firenze, nonchè presso l'Ufficio di igiene dei Comuni di Ancona, Bari, Belluno, Chieti, Foggia, Macerata, Milano, Ravenna, Roma, Sondrio, Udine, Verona e Venezia. Le istruzioni, che hanno scopo pratico e riguardano sopratutto la tecnica delle disinfezioni, sono impartite gratuitamente a quanti desiderano apprendere gli elementi fondamentali per la difesa contro le malattie contagiose, e più specialmente agli inservienti e salariati dei Comuni, delle Provincie e dello Stato, ai membri delle associazioni di pubblica assistenza, agli infermieri degli ospedale e delle case di salute, ecc.

L'Accademia medica di Roma e la guerra.

La R. Accademia medica di Roma ha inviato all'on. Salandra il seguente telegramma, da noi riportato anche in altra parte del giornale:

«La R. Accademia medica di Roma fa plauso alla politica del Governo per la guerra che, mentre mira al conseguimento dell'unità nazionale, serve alla causa della civiltà dei popoli.

«Compresa l'Accademia dell'entusiasmo che anima tutta la nazione, esprime la sua fede che l'Italia uscirà dal conflitto più forte e più rispettata nel mondo.

Prof. G. Gaglio, vice-presidente».

Su proposta del prof. Taussig, l'Accademia ha anche deliberato di mettere i propri locali a disposizione dei feriti.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Roma per i colleghi in guerra.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici rivolgendo il pensiero ai numerosi colleghi che sono già sul campo con le truppe combattenti, ed a quelli che si preparano alla partenza, manda ad essi un fraterno ed augurale saluto, facendo voti che l'opera loro riesca, come sempre, benefica ed efficace e riaffermi ancora una volta le altissime tradizioni della classe medica in ogni manifestazioni di pietà e di sacrificio.

Le latterie a prò dei feriti e dei malati.

La presidenza dell'Unione Nazionale delle latterie sociali, che ha sede in Roma, ha inviato una circolare alle 1200 latterie italiane allo scopo d'invitarle a tenersi a sua disposizione per organizzare, se richiesta, il rifornimento del latte a quei centri militari ove, a motivo della guerra, si prevede che si concentreranno i feriti e gli ammalati.

Le latterie italiane, sparse in molte plaghe del nostro paese, possono essere considerate come dei veri depositi del prezioso alimento: così a mezzo di esse può venirne facilitata la provvista; come pure può effettuarsi quel trattamento igienico che è indispensabile per rendere il latte più rispondente alle esigenze sanitarie.

Corso per infermiere.

A Girgenti nell'Ospedale civico i dottori Angelo Tuttolomondo, Vincenzo Bonfiglio e Lorenzo Combatti hanno tenuto un corso per infermiere. Il corso della durata di due mesi è stato frequentato da molte signore e signorine che alla fine sostennero con plauso gli esami dinanzi alla Commissione formata dai suddetti dottori.

A questo ne è seguito un altro per giovani tenuto dai dottori Bonfiglio, Campagna e Sandri.

Provvedimenti rinviati per l'assistenza ospedaliera a Milano.

Il Comune di Milano aveva preparato un piano di riforme sull'assistenza sanitaria, con aumento di stipendio ai medici, aumento di somme stanziate per l'assistenza degli ammalati, ecc.

La G. P. A., alla quale era stato presentato ricorso contro il bilancio preventivo così risultante, ha rinviato il bilancio, osservando che eccessivi sembrano vari stanziamenti che qua e là numerosi appariscono, ed in misura rilevante per compensi straordinari ad impiegati e salariati.

Che non appaiono precisamente giustificate (almeno pel momento, potendosi benissimo le riforme rimandare ad epoca più propizia), le somme stanziate per il servizio medico dei poveri e per i laboratori chimici.

Che all'art. 70 trovasi un complessivo maggiore stanziamento di L. 627,000 per ricovero ammalati. Tale maggiore spesa pare che, in seguito a più accurati calcoli, possa essere notevolmente ridotta, tenuto presente che nello scorso anno era già stata stanziata la cospicua somma di L. 2,207,000.

Che sembra possano essere rimandati ad altra epoca i lavori riguardanti le tettoie dell'Ospedale dei contagiosi.

Che sembrano eccessivi gli aumenti nella complessiva somma di L. 256,300 per ricovero indigenti, beneficenza elemosiniera ed assegni diversi, e specialmente quello di lire 1,500,000 per sussidi diversi, contributo all'educazione infantile, ecc.

Associazione Bolognese contro la diffusione della tubercolosi.

È stata pubblicata la relazione morale ed economica per l'anno 1914 dell'«Associazione bolognese contro la diffusione della tubercolosi», della quale è presidente onorario il prof. Murri e presidente effettivo il prof. Silvagni. Esplica la sua attività precipuamente per mezzo di un dispensario antitubercolare profilattico, sussidiato dall'Ufficio municipale d'igiene per gli accertamente diagnostici e per le disinfezioni, e da una sezione di dame visitatrici per le inchieste domiciliari. Il Dispensario è in rapporto con la Congregazione di carità per un complemento di sussidi in denaro, con l'Ospizio marino provinciale bolognese di Rimini, con la Colonia campestre di Cinquanta (S. Giorgio in Piano) e con il Sanatorio-ospedale di Budrio per il trattamento curativo e profilattico dei colpiti e dei predisposti; infine provvede alla propaganda per mezzo della Scuola Samaritana, delle scuole comunali e con pubblicazioni proprie. Sussiste mercè il contributo dei numeroso soci benemeriti, fondatori e aderenti e col concorso della Cassa di risparmio del Comune e di altri enti; il suo preventivo è computato in lire 88,000 per il 1915.

"Aiuto materno„ a Tripoli.

Il prof. P. Trio, direttore dell'Ospedale civile di Tripoli, si è assunta l'iniziativa di fondare una istituzone per l'aiuto materno a Tripoli, specialmente a favore dell'elemento indigeno, nel quale la mortalità infantile raggiunge percentuali elevate.

Gl'italiani, che hanno in Libia missione civilizzatrice, compiranno mercè questa istituzione opera nobile e generosa.

Il periodico «Nuova Italia» caldeggia efficacemente la bella iniziativa.

Un medico italiano superstite del «Lusitania».

Nell'inaudito disastro del «Lusitania» tra i pochi naufraghi salvatisi, vi fu un italiano, e precisamente un medico, il dott. De Vescovi Silvio, che tornava in Italia per prestare servizio nell'esercito.

Si hanno ora sue notizie da Camborn (Cornovaglia).

Egli scrive che dopo aver operato dei salvataggi, si mise in disparte con la massima calma attendendo il momento opportuno per gettarsi in acqua. Da forte nuotatore — era canottiere del Tevere — riuscì ad evitare il tremendo risucchio prodotto dall'affondamento del piroscafo. Potè aggrapparsi ad una barca di salvataggio capovolta, insieme ad altri cinque naufraghi, e lì rimase due ore, finchè venne un vapore inglese che condusse a riva i superstiti. (*Avvenire Sanit.*).

Rassegna della stampa medica.

The Boston M. a. S. Journ., 1 apr. CHEEVER: La modificata posizione sociale della professione medica. — COURTENEY: Le affezioni in cui è più indicato il massaggio.

The Lancet, 2 apr. STODDART: La nuova psichiatria.

La Rif. Med., 3 apr. FULCHIERO: Oscillometro universale. — ROCCAVILLA: Per la diagnosi di alcune forme di neoplasia timica. — MOSTI: Sindrome pseudo-peritonitica consecutiva ad emorragia traumatica di una capsula surrenale.

Pensiero Med., 4 apr. BOVERI: Sulla osteo-artropatia pneumica. — PESTALOZZA C.: Formula leucocitaria e innervazione vegetativa.

The Practitioner, apr. MC. ARDLE: La tubercolosi del testicolo. — PRITCHARD: L'olio di paraffina nella pratica corrente. — COLEY: Pneumotorace artificiale. — PARSONS-SMITH: Tachicardie parossistiche. — GRAHAM-STEWART: Ipertensione e arterio-sclerosi.

Arch. f. Verd.-Kr., 15 apr. STRAUSS: Lo stomaco a clessidra. — BOAS: Le emorragie occulte. — COHNHEIM: La stasi gastrica da insufficienza anatomica.

La Riv. Med. Pugliese, 1-15 apr. D'ERCHIA: Tumori pararenali nella donna.

Berl. Klin. Woch., 5 apr. ROTHMANN: Fisiologia cerebrale a servizio della guerra. — GÉRONNE e LENZ: Sulla terapia dei portatori di tifo. — von NOORDEN: Disturbi digerenti da consumo di pane di guerra e loro cura. — TRAUBE: Natura della narcosi.

Gazz. d. Osp., 8 apr. CURTI: Il parto senza dolore.

Annali di Clin. Med., apr. LEVI: L'accrescimento degli organismi. — EPIFANIO: L'esame radiologico della motilità gastrica. — SCKUPFER: Diagnosi differenziale delle nevrosi gastriche.

Gazz. d. Osp., 11 apr. CALLIGARIS: Le psiconeurosi gastriche.

Wien. Klin. Woch., 8 apr. STERNBERG: Epidemiologia e profilassi del colera. — FRISCH, FRANKEL: Come difendersi dal tifo esantematico — BEER: Sulla patologia e terapia del tetano.

La Rif. Med., 10 apr. COSTANTINI e SIVORI: I sieri citotossici nell'alterato equilibrio endocrino. — FRANCINI: Epatopessia e colecistostomia contemporanee.

Arch. f. Sch. u. Tr. Hyg., n. 7. SMITH: Sulla dissenteria e suo trattamento.

Zbl. f. inn. Med., 10 apr. HESSE: Igiene della guerra di trincea.

Brit. Med. Journ., 10 apr. WRIGHT: L'infezione delle ferite. — LUNDIE, THOMAS e FLEMING: Diagnosi e profilassi della meningite cerebrospinale.

Bull. de l'Ac. de Méd., 6 apr. SAINTON e MAILLE: Le artriti meningococciche. — SARTORY, SPILLMANN e LASSEUR: Stati tifoidi durante la guerra.

Münch. Med. Woch., 13 apr. KLEIN: Actinoterapia combinata del carcinoma dell'utero e del seno. — GALLI: Sulla spondylitis typhosa (Quincke). — KORNMANN: Apparecchio trasportabile pel pneumotorace artificiale. — Medicina di guerra.

Giorn. intern. d. Scienze Med., 15 apr. DE SANDRO: Rumore di Flint o stenosi mitralica in insufficiente aortico?

The Amer. Journal of the Med. Sc., apr. CARPENTER: Istogenesi del cancro gastrico. — WILLIAMSON: Effetto dell'esercizio sul cuore normale e malato. — SMITH e KILGORE: Dilatazione dell'arco aortico nella nefrite cronica ipertensiva.

Wien. Klin. Woch., 15 apr. GROAK: Trattamento del colera con carbone animale. — POSSEK: Ferite degli occhi in guerra.

Gazz. d. Osp., 15 apr. DALLA VALLE: Ascaridi dei dotti biliari.

Journ. d. Prat., 15 apr. MARFAN: Trattamento della broncopolmonite nella prima età.

Pathologica, 15 apr. MERELLI: Variazioni biologiche del vibrione colerigeno. — RONDONI: La alimentazione maidica ed il monofagismo.

Bull. de l'Ac. de Méd., 13 apr. ROGER e CHIRAY: La glicuronuria normale e patologica.

Riv. Sanit. Sicil., 15 apr. PUSATERI: Complicanze otitiche mortali da irrazionale igiene nasale.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

I signori abbonati al "Policlinico„ che non si sono ancora provvisti del nostro *PREMIO STRAORDINARIO:*

MANUALE di Medicina e Chirurgia di guerra

sono pregati di tener presente che col 30 corrente mese cessa il termine utile per poterlo ottenere per sole

Lire 2

Trascorso detto termine, tale volume resterà in commercio al suo prezzo normale di L. 5.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI TRIESTE.

IV divisione medica diretta dal primario dott A. COFLER.

Sopra un caso di sindrome di Adams-Stokes

per il dott. DECIO FABRICCI.

La letteratura medica ha già registrato ed esattamente descritto un numero abbastanza considerevole di casi di quel singolare complesso fenomenologico, già noto in parte al Morgagni e chiamato sindrome di Adams-Stokes, che nella sua eziologia, localizzazione e significato è stato completamente chiarito soltanto negli ultimi anni da una serie di geniali e profonde osservazioni fisiologiche e cliniche. Non per questo però credo che venga a scemare l'interesse del caso offertosi alla mia osservazione, tanto più che esso ha presentato accanto ad un tipico reperto cardiaco altre peculiari alterazioni che in siffatti casi non sono mai state ancora descritte.

C... P..., d'anni 67, casalina, ha superato da bambina il morbillo e la scarlattina e 20 anni fa ha sofferto di un lieve catarro intestinale. Da circa 18 anni, fino ad un anno fa, ebbe più volte ad osservare alla cute degli arti la facile insorgenza di eritema nodoso. Di 6 figli nati a termine da parto eutocico 4 sono morti nel primo anno di vita, qualcuno pare di eclampsia, uno a 36 anni di paralisi progressiva, uno vive ed è sempre stato sano. Frequenti vomiti hanno molestato il decorso di tutte le gravidanze nei primi quattro mesi. Le funzioni mestruali, prima sempre in regola, cessarono a 52 anni. Viene negato ogni abuso nel bere. Riguardo al gentilizio si rileva che la madre è morta di diabete ed il padre a 36 anni di psicopatia.

Due anni fa la paziente fu colta una sera all'improvviso da senso di debolezza generale, con obnubilamento della vista e sudori freddi; cadde sulle ginocchia, ma si riebbe tosto. Tre mesi dopo ricomparve un attacco analogo, ma più violento, con qualche fatto convulsivo, e da allora l'ammalata va sempre soggetta a siffatti accessi, ad intervalli vari di tempo, circa ogni 2 o 3 mesi, in ispecie se imprende qualche sforzo muscolare. Lunghi sbadigli prodromali e un vago senso di affanno la preavvertono di solito dell'imminenza del male; invoca allora soccorso e arriva talvolta, cercando un sostegno, ad evitare la caduta a terra. Dopo per più giorni resta affranta ed avverte forti pulsazioni al capo e al collo.

capillare di Quinke, tanto al letto ungueale che alle strie da vasoparalisi che si provocano collo strisciamento sulla cute. Mancano edemi.

Nessuna alterazione speciale si osserva ai polmoni, nè agli organi addominali, ed è normale sotto ogni riguardo il sistema nervoso. L'orina viene emessa in una quantità giornaliera media di 550 cc., con un peso specifico di 1018; alquanto torbida, contiene tracce d'albumina, non c'è zucchero. La reazione Ehrlich per l'urobilinogeno è negativa. Nel sedimento si notano epiteli pavimentosi, leucociti e fosfati. La reazione di Wassermann ha dato esito negativo. Con la radioscopia si mette in evidenza l'allargamento dell'aia cardiaca, particolarmente del ventricolo sinistro; non si distinguono le contrazioni delle

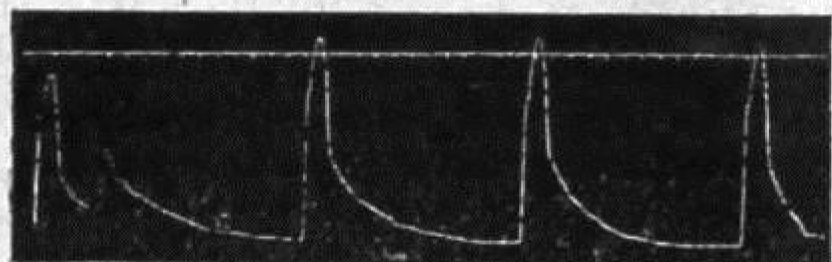


Fig. 1.



Fig. 2.

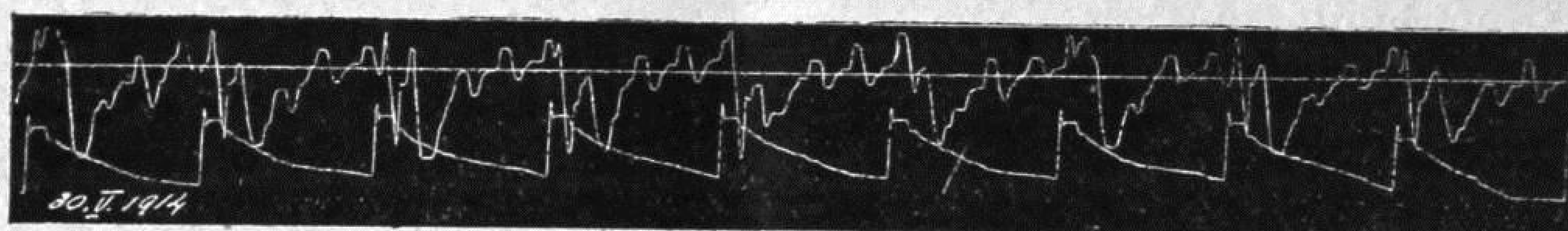


Fig. 3.

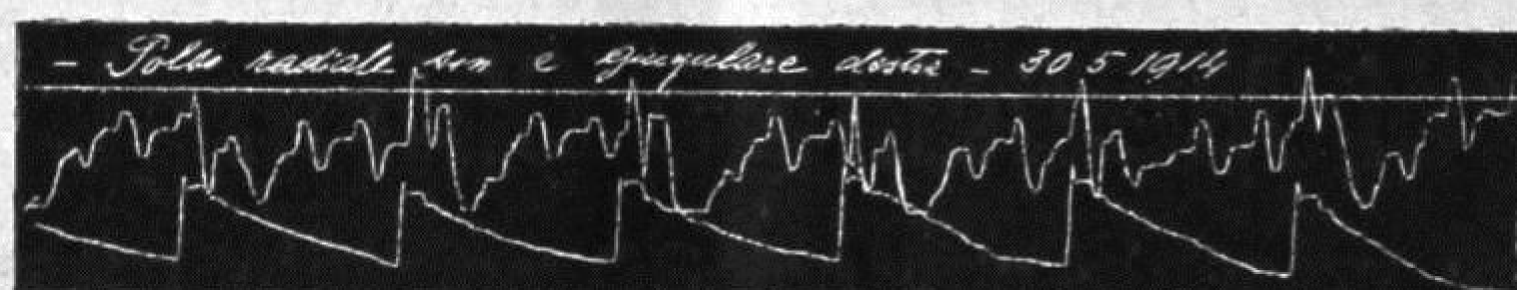


Fig. 4.

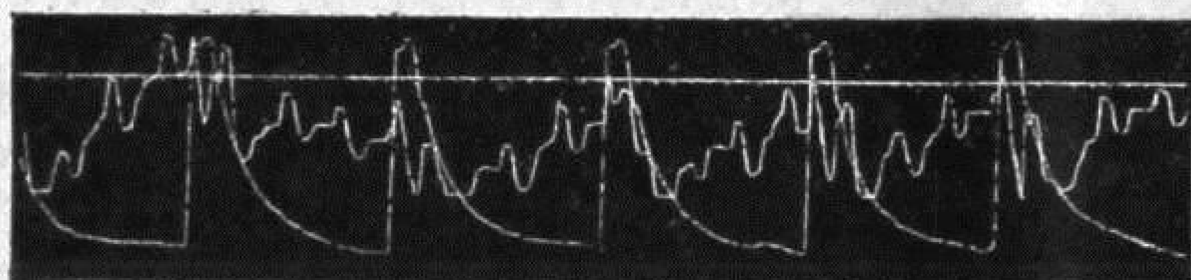


Fig. 5.

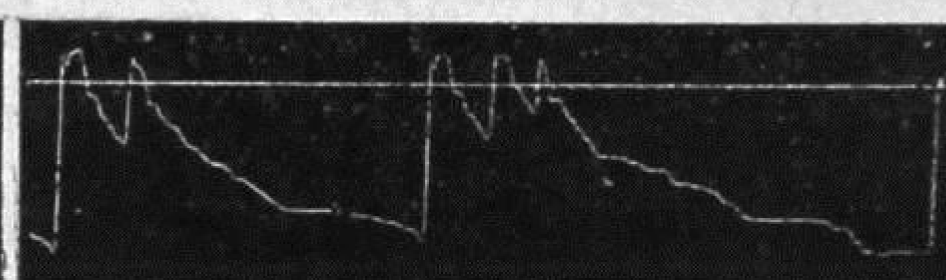


Fig. 6.

Al suo ingresso all'Ospedale l'inferma presentava il seguente reperto oggettivo: aspetto generale non sofferente, regolare costituzione scheletrica e discreta polisarcia. Cute e mucose alquanto pallide. Respirazione non dispnoica, 20 al minuto.

Nel V spazio intercostale sinistro, circa due dita all'infuori dell'emiclaveare, si percepisce l'itto della punta, vago e diffuso; i limiti dell'aia assoluta indicano una ipertrofia del ventricolo sinistro ed una modica dilatazione del destro. I toni sono cupi, ottusi e lontani, senza soffi; è accentuato il secondo aortico. Le arterie radiali sono tortuose, poco elastiche ed il polso si palesa abbastanza uguale e ritmico, pieno, teso, alquanto celere ed assai raro: 24-28 al minuto. La pressione arteriosa al Riva-Rocci arriva a 178 mm. Hg. Le vene giugulari, in ispecie a destra, sono appariscenti, pulsanti, con ritmo irregolare e più frequente di quello della punta; aumentano progressivamente il loro turgore prima dell'itto carotideo, poi sembrano collabire. Molto evidente si manifesta il polso

orecchiette ed anche quelle dei ventricoli non si mostrano molto ampie.

Più volte venne eseguito il tracciato sfigmografico del polso, che alla radiale conferma ed integra i caratteri riconosciuti già alla palpazione digitale. L'altezza, la rarità e la tendenza a celerità sono evidenti dal disegno dei tratti anacroto e catacroto, in certe curve sono registrate pure alcune pulsazioni bigemine (Fig. 1). Che la tanto cospicua bradicardia non debba la sua origine ad extrasistoli ventricolari lo possiamo constatare nella curva dove l'itto della punta segnato contemporaneamente a quello dell'arteria radiale indica un numero di contrazioni ventricolari perfettamente uguale a quello delle pulsazioni arteriose (Fig. 2).

Particolarmente interessante si è rivelata però la registrazione contemporanea del polso arterioso e di quello venoso alle giugulari, il quale vale a renderci edotti del ritmo delle orecchiette (Fig. 3, 4 e 5). Qui in tutti i tracciati relativi il flebogramma presenta un numero di pulsazioni molto maggiore, in confronto alla curva

sottoposta, corrispondente all'itto dell'arteria radiale.

Come si vede quest'ultimo nello sfigmogramma fu talvolta tenuto più in basso di quanto fosse realmente, mediante esagerata pressione sull'arteria, onde non invadere lo spazio superiore riservato al disegno del polso venoso.

Ci troviamo dunque in altre parole in presenza di una bradisistolia ventricolare. È questo un fenomeno di dissociazione del ritmo auricolo-ventricolare che può comparire sotto due aspetti alquanto diversi. In una forma incompleta la contrazione ventricolare avviene soltanto ogni seconda, o terza, ecc. sistole delle orecchiette: si trova allora che il numero delle contrazioni atriali corrisponde ad un multiplo del numero delle contrazioni ventricolari e tale multiplo è dato da un numero intero. La dissociazione cardiaca è invece totale quando orecchiette e ventricoli pulsano indipendentemente l'uno dall'altro, secondo un ritmo proprio. Questo è appunto il caso della nostra paziente. Premetto che in tutti i tracciati risultò segnato sulla curva venosa anche l'impulso della carotide, sincrono naturalmente col polso arterioso preso alla radiale. Orbene si può chiaramente constatare che la distanza fra le singole pulsazioni della carotide (e così anche più sotto della radiale) corrisponde ad uno spazio che comprende quasi sempre un po' meno di 4 onde venose, circa 3 3/4, dimodochè il segno della carotide viene ad interrompere irregolarmente il flebogramma, ora sul tratto della replezione, ora presso il culmine, ora invece sulla linea del collasso venoso.

Se per l'assenza di fenomeni patologici da parte dell'asse cerebro-spinale era giustificato escludere *a priori* una localizzazione *bulbare*, ho voluto però stabilire nel caso in questione quale influenza sulla bradicardia si potesse eventualmente attribuire ad una aumentata azione inibitrice del vago per un ipotetico suo stato d'irritazione. Sono ricorso perciò all'iniezione di 0.001 gr. di solfato d'atropina: nessun cambiamento nella frequenza del polso, nè alla radiale, nè alla giugulare, si è per questo osservato nei controlli eseguiti più volte collo sfigmografo per lo spazio di un'ora.

Rimase del pari inalterato il polso durante l'eccitazione del vago, provocata in via riflessa secondo Aschner colla pressione sui bulbi oculari.

L'ammalata si manteneva in uno stato pressochè invariato, quando un giorno improvvisamente, dopo due settimane di degenza all'Ospedale, vien colta, a quanto essa asserisce, dopo una forte emozione provata per la morte di una contubernale, da un violento attacco nervoso: il primo dopo il suo accoglimento all'Ospedale; con convulsioni alle braccia, specialmente intense a destra, dove assumono chiaramente il carattere di un accesso jacksoniano, contrazioni dei muscoli mimici tali da offrire anche l'aspetto del riso sardonico, forte arrossamento del volto, momentanea perdita di coscienza ed emissione involontaria delle orine. Dopo brevi istanti l'ammalata si rimette, si ritrova però come sperduta, pallidissima in volto, con notevole irregolarità nell'azione cardiaca: parecchie pulsazioni presentano carattere di bigeminismo ed anche di trigeminismo ed hanno in media una frequenza fra le 30 e 36 (Fig. 6). Da allora, tranne qualche periodo, 5 e 4 giorni prima della fine, che offriva degli intervalli liberi più lunghi, fino a 8-10 ore, gli assalti si sono sempre susseguiti con frequenza straordinaria, spesso anche ogni mezz'ora od ogni quarto d'ora, con carattere talvolta eclamptico, tal'altra sincopale.

La bradicardia si è ridotta in certi momenti fino a 16-14 pulsazioni al minuto. Durante gli assalti, e talvolta anche per l'intera loro durata, la pulsazione della radiale non è assolutamente percettibile, poi riprende molto irregolarmente e per un paio di minuti spesso anche con 70 fino a 120 battiti al minuto, per tornare poi alla consueta bradicardia con battiti per un po' di tempo di bassa pressione. Successivamente durante gl'intervalli la pressione risale ai 170 mm. Hg. al Riva-Rocci. Nell'accesso si osservano inoltre deviazione dei bulbi e una respirazione stertorosa che alle volte presenta irregolarmente il tipo di Cheyne-Stokes. Le pulsazioni delle giugulari non sono state più visibili nè palpabili, e per lo stato della paziente si è dovuto omettere anche il tentativo di registrarne eventualmente i battiti collo sfigmografo. Negli ultimi due giorni l'ammalata divenne sempre più inquieta e spossata, rimanendo quasi di continuo dispnoica e più o meno cianotica in volto ed alle estremità. Presentava lievi edemi ai malleoli, non riconosceva le persone, pronunciava solo qualche parola in delirio, e gli attacchi aumentando ancor più la frequenza si erano fatti assai meno intensi. Dopo 7 giorni dal primo accesso si è avuto l'*exitus*.

Sulla base dei dati riferiti la diagnosi enunciata anche prima della comparsa degli accessi suonava: sindrome di Adams-Stokes, in individuo arteriosclerotico, con localizzazione nel fascio atrioventricolare di His di una lesione probabilmente cicatriziale da miocardite cronica oppure degenerativa per sclerosi dei rami delle coronarie che irrorano quel fascio. Si è presunto inoltre che questo segmento del sistema specifico dovesse essere interessato dalla lesione nel suo tronco principale.

All'autopsia (dissettore dott. Ferrari) se ne ebbe la piena conferma nel seguente reperto necroscopico: arteriosclerosi periferica, accompagnata pure da avvizzimento renale. Il ventricolo sinistro è ipertrofico ed alquanto dilatato il destro. Nella porzione muscolare del setto interventricolare, un po' al disotto della sede di inserzione del lembo mediale della tricuspide, si nota l'esistenza di un focolaio fibroso, grigiastro, che alla superficie di sezione appare di forma irregolare, a contorni sfumati, della larghezza massima di circa 1 cm.

Esso occupa dunque il tronco principale del fascio di His, in un punto molto vicino alla sede che si assegna al nodo di Tawara. Anche all'esame istologico cui venne in seguito sottoposto il tessuto cardiaco includente la zona alterata si potè constatare appunto la natura fibrosa del focolaio. Il resto del miocardio è compatto, senza alterazioni. All'emisfero cerebrale sinistro esistono due ampi focolai di encefalite acuta che interessano la corteccia di alcune circonvoluzioni del lobo parietale e precisamente il terzo medio o centrale della circonvoluzione parietale ascendente o postrolandica e alcuni giri della circonvoluzione parietale inferiore, pure nella sua porzione mediana.

La sede e l'estensione delle due zone alterate sono indicate nello schema qui unito da tratti punteggiati (Fig. 7).

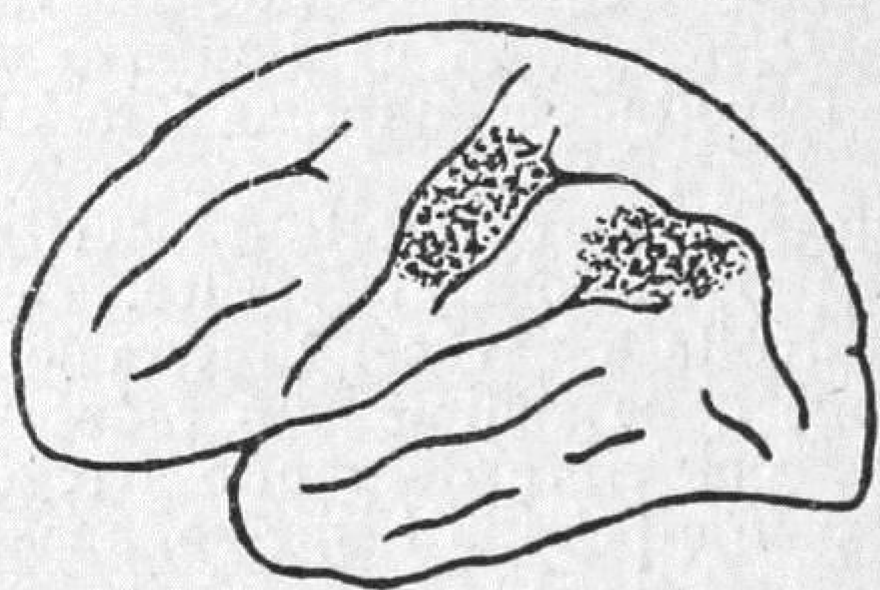


Fig. 7.

La midolla allungata si presenta del tutto integra. Le pareti delle anse intestinali hanno un aspetto rosso-bruno, con perdita della lucentezza della sierosa, in causa di un infarcimento sanguigno nella cui origine può venir esclusa però la trombosi dei vasi mesenteriali.

Tanto le alterazioni cerebrali che quelle intestinali indicavano evidentemente uno stato di necrobiosi acuta, subentrata in conseguenza di gravi turbe recenti nella nutrizione di quei tessuti.

Non mi consta davvero che un analogo reperto alla corteccia cerebrale sia mai stato osservato finora nei casi di Adams-Stokes pubblicati. Ed è degno di nota anche il fatto che uno dei focolai necrobiotici aveva colpito, in larga estensione, porzione della nota sede dei centri motori dell'arto superiore destro; ricordando infatti quanto si disse nella descrizione degli accessi nervosi riguardo alle contrazioni cloniche degli arti superiori, molto più violente e frequenti a destra, si viene a stabilire anche per questo singolare reperto anatomico una perfetta concordanza coll'osservazione clinica, tanto palese è il nesso dell'alterazione corticale con gli stati di anemia cerebrale che spesso si dovettero istituire a preferenza appunto in quelle zone, determinando così il frequente succedersi degli assalti secondo il tipo descritto.

I fenomeni cardiaci tanto singolari che dominano nel quadro morboso di questi casi clinici possono trovare la retta interpetrazione soltanto nelle nozioni che attualmente si possiedono sui problemi dello stimolo motore del cuore, e perciò a corredo della patogenesi del caso riferito ricorderò brevemente in uno schema riassuntivo alcuni punti relativi di quel capitolo della fisiopatologia del cuore che seguendo i concetti più moderni dedica le sue pagine allo studio dell'automatismo cardiaco.

Il merito d'aver intuito la capacità del muscolo cardiaco a funzionare automaticamente da motore della circolazione sanguigna risale già a Ludwig e ad Engelmann, e tale concetto sta in opposizione colla precedente teoria neurogena dell'impulso cardiaco, la quale considerava invece come centri automatici quei gangli che costituiscono l'elemento nervoso intracardiaco. Ora nel normale funzionamento del centro della circolazione la rivoluzione cardiaca può avvenire perchè lo stimolo alla contrazione va da un determinato punto di origine, propagandosi in varie direzioni, a determinare la sistole dei singoli segmenti cardiaci; risultano così individualizzate nell'attività cardiaca tre diverse funzioni: la formazione dello stimolo originario, la sua conduzione e la contrattilità. Lo stimolo, essendo dovuto al metabolismo della fibrocellula cardiaca sgorga però, direi quasi, a getto continuo, e se non induce una contrazione simultanea, nè il tetano di tutto il cuore, lo si deve ad un'altra proprietà della fibra cardiaca, che è quella di reagire periodicamente, dimodochè appena eccitata si contrae, ma diviene da tale momento insensibile allo stimolo motore per un periodo, detto refrattario, che dura tutta la fase sistolica e diastolica. Le interferenze di tempo che ne conseguono determinano, assieme alle pause dipendenti da altri elementi di coordinazione che verranno poi ricordati, l'avvicendarsi con ritmo preciso e costante della sistole e della diastole nei diversi segmenti cardiaci.

Delle tre funzioni testè ricordate fu sempre evidente per la contrattilità l'immediata dipendenza dalla fibra miocardica; lunga e difficile si accese invece la contesa fra la teoria neurogena e quella miogena nel precisare a quale dovesse attribuirsi la formazione dell'impulso e la sua conduzione. Non mi accingo neppure a menzionare i principali criteri e le più convincenti esperienze che meglio hanno suffragato la teoria miogena; non poche questioni relative si considerano anzi tuttora *sub judice;* ma ciò che si può sicuramente affermare è che questa teoria trova il suo più valido appoggio nella scoperta più tardi avvenuta del cosidetto sistema muscolare specifico del cuore, di cui essa può vantare d'aver *a priori* supposto l'esistenza.

Esatte ricerche d'anatomia e di istologia, alle quali il primo contributo fu portato anche questa volta dalle geniali osservazioni di un italiano, il Paladino, hanno infatti messo in evidenza nel cuore la presenza di un sistema muscolare differenziato dalle comuni fibre miocardiche, e chiamato specifico, il quale stabilisce una congiunzione funzionale di somma importanza fra la muscolatura delle orecchiette e quella dei ventricoli, un tempo ritenute invece del tutto separate ed indipedenti.

Keith lo interpetra quale un residuo di determinate zone di passaggio fra sezioni differenti del primitivo tubo cardiaco, zone che per-

ciò appunto presentano nella struttura delle fibre un tipo più embrionale, che ricorda quello delle fibre di Purkinje. Tale sistema muscolare specifico, più sviluppato nei vertebrati inferiori, si raggruppa nei mammiferi in nodi circoscritti, dei quali nell'uomo si sono riconosciuti e distinti il cosidetto nodo del seno o di Keith-Flack, quello di Tawara e il fascio atrio-ventricolare di His. È situato il primo presso lo sbocco delle vene cave in corrispondenza della cresta terminale; il nodo di Tawara sta fra lo sbocco del seno coronario e l'inserzione del lembo mediale della tricuspide e comprende una porzione atriale che digrada con brevi propaggini verso la muscolatura delle orecchiette e una porzione ventricolare che si continua nel fascio di His. Questo a sua volta si porta lungo la metà superiore del setto muscolare dei ventricoli verso l'avanti e si scinde poi in due branche, una per il ventricolo destro ed una per il sinistro, che decorrendo sotto l'endocardio, si risolvono in molte ramificazioni sempre più esili e si distribuiscono così alla muscolatura dei ventricoli.

Siffatte zone hanno un significato biologico del tutto peculiare: infatti sebbene nel cuore tutte le fibre muscolari siano atte ad esplicare le tre funzioni di produrre lo stimolo, di trasmetterlo e di contrarsi, pure esiste una diversità di grado nelle singole attività delle varie fibre, la quale sta ad indicare una certa divisione di lavoro.

Le fibre del sistema muscolare specifico provvedono appunto prevalentemente alla produzione e alla conduzione dell'impulso, mentre la contrattilità, come ho detto, sta più a carico delle fibre muscolari comuni del cuore.

Per quanto riguarda la formazione dello stimolo, il suo punto di partenza è stato sperimentalmente localizzato nella regione dello sbocco delle vene cave nell'orecchietta destra, ed il nodo di Keith-Flack costituirebbe appunto la zona, se non unica, certo più importante ed attiva, per l'origine dell'automatismo del cuore. La funzione di trasmettere lo stimolo si addebita invece agli altri segmenti del sistema specifico, dipendendo in particolare dal fascio di His la conduzione dell'eccitamento ai ventricoli. Invero questo fascio è pur esso suscettibile di partecipare alla formazione dello stimolo, e ciò si verifica di fatto quando una lesione, sospendendone la funzione di conduttore dello stimolo, determina l'insorgenza dell'automatismo ventricolare. Di attitudini veramente elettive per lo automatismo sono però dotati solo i nominati punti di formazione dello stimolo posti negli atri; quando invece sono investite della funzione automatica le zone ventricolari del sistema specifico, esse si mostrano meno attive e inducono di conseguenza nei ventricoli delle contrazioni meno frequenti di quelle degli atri. E così nelle esperienze si osserva che interrompendo la continuità del fascio atrio-ventricolare i ventricoli iniziano dopo una breve sosta un proprio ritmo di contrazioni, che si aggira di solito intorno alle 30 soltanto per minuto.

L'impulso nomotopo, che si origina cioè nella sede normale di formazione dello stimolo, diviene eterotopo quando la sede normale è lesa o si è fatta tarda all'azione per eccitazione del vago, oppure anche quando dello stimolo originatosi nel punto normale sia soppressa la conduzione agli atri, ovvero, in un secondo gruppo di alterazioni, ne sia impedita la trasmissione ai ventricoli. Turbe della trasmissione del primo tipo, fra la sede normale di formazione dello stimolo e gli atri, sono da lungo tempo note nel cuore degli animali a sangue freddo; alcuni autori ne avrebbero riscontrato anche nell'uomo sotto forma di temporanee assenze di sistoli atriali, per l'azione ad esempio della digitale. Delle alterazioni di conduzione fra orecchiette e ventricoli si distinguono invece due tipi: l'assenza di sistoli ventricolari e la dissociazione. Si deve la prima al prolungarsi sempre più dell'intervallo fra la sistole degli atri e quella dei ventricoli, intervallo che regola l'alternarsi delle loro contrazioni e che si spiega specialmente per la lunghezza del tragitto imposto all'eccitamento automatico, mentre percorre le estese ramificazioni terminali del fascio conduttore di His. Altre volte quell'assenza di sistoli si deve invece alla circostanza che una o più sistoli atriali non si trasmettono ai ventricoli, o come si dice restano bloccate, poichè per un eccessivo prolungamento della fase refrattaria la fibra dei ventricoli impiega una durata di due o più rivoluzioni atriali per ridiventare eccitabile.

Da questi tipi di alterazioni si può quindi arrivare alla dissociazione completa, nella quale per un tempo più o meno lungo, eventualmente anche per sempre, i ventricoli si contraggono secondo un ritmo proprio, indipendente del tutto da quello delle orecchiette. La dissociazione, o, col termine introdotto nell'uso da Gaskell, il blocco cardiaco è appunto il sintoma cardinale della cosidetta sindrome di Adams-Stokes: nelle esperienze sugli animali tale fenomeno cardiaco veniva prodotto eliminando con tagli, legature, cauterizzazioni, ecc., la funzione del fascio di His; stabilita l'analogia, nei casi di Adams-Stokes, i clinici pure indirizzarono le ricerche istopatologiche allo studio di quel sistema muscolare ed è così che nel nodo di Ta-

wara e nel fascio artio-ventricolare si son potute mettere in esatta evidenza molte e svariate lesioni.

Secondo i casi furono riscontrati all'indagine istologica: emorragie, trombosi, aneurismi del seno di Valsalva, degenerazione ed infiltrazione adiposa, processi flogistici acuti e focolai sclerotici da miocardite o da sclerosi dei rami delle arterie coronarie che alimentano quei segmenti, inoltre gomme, tubercoli e tumori.

L'entità della lesione presente nella zona colpita del sistema specifico si connette in proporzione diretta col grado dell'ostacolo alla conduzione dello stimolo, e così esiste una dissociazione completa appunto solo quando l'interruzione del fascio atrio-ventricolare è totale, condizione che abbastanza spesso può verificarsi per opera di callosità e di focolai gommosi, mentre nei casi d'infiltrazione e degenerazione grassa e di flogosi acute sembra che la soluzione di continuità nel fascio di His sia più spesso incompleta.

Della sindrome di Adams-Stokes, dove com'è noto sono accoppiati fenomeni di bradicardia e di disritmia ad accessi nervosi a tipo sincopale, epilettoide od apoplettiforme, dovuti ad anemia cerebrale, venne distinta da Aschoff e Nagayo, accanto alle forme gravi e leggere dipendenti esclusivamente dalle accennate lesioni del sistema muscolare specifico del cuore, anche un tipo dovuto ad alterazioni del miocardio comune. Nello schema di quegli autori vi si aggiunge inoltre la forma neurogena, cui apparterrebbero gli esempi già noti al Morgagni, e che si suddivide a sua volta in un tipo centrale per alterazioni della midolla allungata, e in uno periferico per irritazione del vago (da ipertonia, neuriti, processi degenerativi, compressioni, ecc.).

Il tipo da comune miocardite con integrità del sistema specifico oggi non viene però più ammesso, almeno per quanto riguarda la comparsa del blocco cardiaco; ed anche da influenze nervose si è poco inclini a far esclusivamente derivare le vere turbe della trasmissione dello stimolo. L'eccitazione del vago può provocare bensì lo sviluppo di una bradicardia e di un arresto del cuore per un tempo più o meno lungo, nonchè di accessi nervosi concomitanti, ma non fa comparire fenomeni di manifesta dissociazione. La differenziazione risulta inoltre dal contegno dei fenomeni relativi di fronte all'azione dell'atropina: quelli dipendenti dal vago cessano, per comparire od aumentare invece in seguito all'irritazione dello stesso nervo, colla sua compressione o a mezzo del riflesso bulbare di Aschner.

Da quanto ho adesso accennato è dunque evidente che nei fenomeni presenti nel caso descritto la bradicardia ventricolare e la contemporanea tachisistolia degli atri, colla perdita ormai di qualsiasi rapporto di tempo fra i ritmi delle due sezioni cardiache, non potevano essere interpetrate che quale una dissociazione del ritmo cardiaco in quella forma completa che riconosce la sua causa nella perdita totale della normale funzione del fascio di His e nel conseguente sviluppo dell'automatismo ventricolare. Particolarmente l'età, lo stato di arteriosclerosi periferica e forse anche in parte le eventuali conseguenze di pregresse ripetute infezioni reumatiche, già manifestatesi coll'eritema nodoso, l'assenza invece di un'infezione luetica, inducevano a far ritenere che la lesione cui si doveva far risalire la responsabilità di così estesi danni nel fascio atrio-ventricolare potesse consistere in un focolaio sclerotico, o comunque di degenerazione.

Ed alle indagini anatomiche ed istologiche è infatti emersa piena ed intera l'esattezza di queste conclusioni diagnostiche.

BIBLIOGRAFIA.

CASTELLINO. *Sul significato clinico delle aritmie cardiache.* Lavori dei Congressi di medicina interna. XVIII Congr., Roma, ottobre 1908.
HEINEKE, MUELLER e v. HÖSSLIN. Deutsches Archiv f. Klin. Med., B. 93, S. 459.
GERHARDT. Ivi, B. 93, S. 485.
HERXHEIMER e KOHL. Ivi, B. 98, S. 830.
GERHARDT. Ivi, B. 106, S. 462.
ROTH. Ivi, B. 112, S. 104.
FAHR, HERXHEIMER, LÖWENSTEIN, MÖNCKEBERG, ecc. Verhandl. d. Deutsch. patholog. Gesellschaft, 1908, 12 Tagung.

MEDICINA CASTRENSE.

Profilassi e cura delle malattie veneree al campo di guerra.

LETTERA DAL CAMPO.

Nella preparazione sanitaria di una grande nazione alla guerra, l'autorità competente dovrebbe proporsi, fra i primi compiti, di organizzare un completo sistema di difesa profilattica delle truppe in azione e delle popolazioni civili confinanti col teatro delle operazioni di guerra contro le malattie veneree. Direi quasi che, per il buon esito dell'azione militare, e per lo stato di salute avvenire della nazione, una crociata sanitaria per la prevenzione e la cura delle malattie sessuali dev'essere organizzata e condotta non meno intensamente di ogni altra opera di difesa per il soldato ferito.

La grave diffusione che tra le truppe combattenti queste malattie possono avere, ed il gravissimo pregiudizio che esse possono creare per l'esito della guerra e per la salute della nazione, giustificano il mio concetto. Come lo giustifica la storia delle guerre lontane e recenti; come già lo giustifica anche la storia della guerra immane dei giorni nostri.

Qui non esamino il fenomeno del brutale delittuoso eccitamento sessuale che in guerra si verifica quasi sempre fra le truppe vittoriose a danno delle popolazioni soccombenti.

Per darsene ragione, bisogna pensare che lo stato di guerra abbrutisca l'uomo, ne degradi il livello morale a stati di coscienza sorpassati, per cui vien meno ogni influenza dei centri inibitori sugli istinti più bestiali e questi prendono il sopravvento sulla ragione, per cui la figura morale dell'*homo homini lupus* si riaffaccia nella storia delle civiltà, anche se queste civiltà avevano perfezionato i mezzi ed educato gli animi al maggior rispetto dell'integrità personale, ed al risparmio assoluto di ogni offesa all'umanità innocente e dolorante.

E l'uomo, tornato bruto, cosciente della propria potenza solo in virtù della forza fisica materiale, non è più capace di sentire rispetto per chi di lui è men forte, e lo dilania e lo deturpa, e poi l'offende in ciò che gli è più sacro, in ciò di cui lo sa più geloso, nella donna della sua stirpe.

Più che la smania erotica pure esaltata dalle contingenze della guerra, lo abbrutisce la voglia acre selvaggia di trar vendetta, di far male di recar offesa al nemico già temuto, ora soggiogato.

Secondo il Jacoby i delitti di violenza, stupro e saccheggio fra truppe combattenti sarebbero manifestazioni di vere psicosi acute prodotte dal *surmenage* fisico e psichico.

È un fenomeno di grave reversione sociale che ha grande attinenza col problema della diffusione delle malattie veneree in guerra; ma a noi piace di non esaminarlo più a lungo, perchè il dott. Dragotti in questo giornale ne ha parlato con vero senso umano, e sopra tutto perchè nutriamo viva fiducia che la nostra nobile anima latina, se domani la vittoria vorrà così pienamente aiutarci contro lo straniero come è nei nostri voti, potrà rattenere i nostri istinti e propiziarli alla fede di un'umanità molto più elevata di quella che oggi dimostrano le così dette, le sedicenti *razze dell'avvenire*.

Qui noi diremo che l'uomo in guerra ha pure bisogno ed occasione di affrontare le lotte dell'amore, e dev'essere perciò istruito e messo in condizioni da potere al più possibile evitare le ferite di Venere, non meno gravi delle ferite di Marte, o per lo meno di attenuarne gli effetti dannosi.

Si può insegnare ai soldati, come nota il Neisser nella *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, che l'astinenza sessuale non è dannosa; si può convenire che, dopo qualche settimana di astinenza, i bisogni sessuali dei soldati saran diventati più docili; ma non possiamo non prevedere che domani, se l'occasione della seduzione non mancherà, la gioia migliore dell'età più giovane non potrà non espandersi e soddisfarsi, e potrà essere irrefrenabile.

Di qui il dovere di avvisare in tempo ai mezzi migliori perchè le ferite d'amore non apportino danni esiziali all'azione guerresca, e non deteriorino la specie più che la guerra non faccia.

I popoli guerrieri più antichi dovettero provvedere ai bisogni sessuali dei soldati; e, se non provvidero, molte volte, fra gli orrori della guerra, non meno rovinosa fu per essi la calamità delle epidemie di mali venerei.

Nella storia greca è noto quanto frequentemente alle truppe combattenti era consentito di portare con sè delle schiave, e di ammetterle negli accampamenti. Ed ai soldati che si distinguevano per atti di valore, a titolo di premio, era in uso il dono delle donne.

I costumi di Roma furono più rigidi, per il buon andamento delle imprese guerresche e per la difesa della salute pubblica: e non fu ammesso il matrimonio ai militari, e fu proibito agli eserciti di avere delle donne al seguito durante la guerra. Per la decadenza dei costumi durante l'Impero questi divieti cominciarono ad essere largamente trasgrediti.

Nelle grandi guerre del Medio-Evo, anche nelle Crociate, i condottieri ed i soldati poterono largamente provvedere ai bisogni sessuali.

Ma quale mezzo di diffusione trovava sempre in queste guerre il contagio delle malattie veneree! L'esempio più classico e più grave della diffusione delle malatie veneree durante le grandi azioni di guerra noi l'abbiamo alla fine del medio evo, nella famosa calata di Carlo VIII dalla Francia per la penisola italica nel Regno di Napoli, fin nelle Puglie.

È indubbio che gli eserciti di Carlo VIII importarono in Italia la sifilide, e pare siano state le soldatesche spagnuole che per le prime avevano contratto l'infezione nell'America.

Specialmente nelle Puglie la sifilide ebbe uno sviluppo spaventevole: fra prostitute e soldati dediti al vizio, vi si costituì quasi un semenzaio di questa malattia, che fu poi importata nei vari paesi d'Europa al rimpatrio delle truppe.

Alla mente acuta di Napoleone non poteva sfuggire la considerazione delle grandi rovine di cui la donna al seguito degli eserciti poteva essere causa per l'esito della guerra; e fu severo nel proibire questi usi, e fece attivamente invigilare sui rapporti dei soldati con le prostitute dei paesi occupati.

In epoche più recenti invece e dai popoli più civili, per non ricorrere a misure restrittive nel soddisfacimento delle funzioni sessuali della gioventù combattente, si è cercato di fare la profilassi delle malattie veneree in guerra mediante il reclutamento di donne e la istituzione di bordelli presso le truppe sotto la diretta sorveglianza delle autorità sanitarie militari. Con grande beneficio della salute degli eserciti, questo sistema di profilassi fu praticato dagli inglesi, sempre maestri nella codificazione del liberismo igienico, nella guerra delle Indie e nella guerra del Transwaal, dagli americani nelle isole Filippine, dai giapponesi nell'ultima guerra contro i russi. Tutti ne trassero vantaggi grandi nella salute delle truppe e per il rendimento loro agli scopi bellici, giacchè la diffusione delle malattie sessuali fu contenuta in proporzioni limitatissime.

Al contrario, nella stessa guerra russo-giapponese, gli eserciti russi portarono al loro seguito numerose donne, e per la mancanza di un'organizzazione profilattica il contagio delle malattie sessuali potette fra di essi diffondersi molto largamente.

La nostra esperienza nella guerra italo-turca in Libia non è priva di utili insegnamenti a questo proposito. Le Direzioni di Sanità Civile e Militare da una parte non permisero mai i passaporti per la Tripolitania alle prostitute del continente europeo, dall'altra istituirono un servizio di sorveglianza sulle prostitute indigene che, se contravveniva in parte alle nostre leggi liberiste in materia, pure giovò immensamente alla preservazione delle truppe libiche dai contagi venerei.

Noi abbiamo potuto apprezzarne direttamente il valore e l'efficacia pratica, perchè fummo incaricati del servizio anticeltico nei primi mesi dell'occupazione italiana della Colonia. Se le prostitute indigene risultavano infette alla visita medica fatta a domicilio due volte la settimana, venivano internate in un apposito reparto dell'Ospedale civile di Tripoli, e di qui non venivano dimesse se il sanitario non le dichiarava guarite o non capaci di contagio. Questa organizzazione dei bordelli igienici e questo sistema di profilassi e cura delle prostitute, completato da opportune istruzioni impartite ai militari di truppa, ci fecero ottenere che soltanto rarissime fossero le malattie veneree fra le truppe di trincea e di caserma, come risulta dalle pubblicazioni dell'Ufficio statistico dell'Ispettorato di Sanità militare. Eppure la sifilide è una malattia così diffusa fra le popolazioni indigene, eppure essa nei paesi caldi suol dare manifestazioni così gravi e tanto contagiose!

Tutto ciò dimostra che contro la facile diffusibilità del contagio venereo fra le truppe combattenti possono essere molto opportune ed efficaci adatte misure profilattiche e curative, se organizzate ed eseguite con metodo pratico e razionale.

Ciò sostengono in già numerosi scritti e riviste i medici degli eserciti tedeschi, che nell'attuale conflagrazione europea hanno potuto occuparsi di quest'argomento. Si può dire anzi che gli autori tedeschi se ne occupino con particolare riguardo, a prova della grande importanza che essi riconoscono alle infezioni veneree in guerra.

Notiamo che fra questi scritti ricorre frequente l'osservazione che la raccomandazione dell'astinenza dai rapporti sessuali basta in genere a preservare il soldato tedesco dal pericolo dei contagi venerei, se con conferenze e letture popolari gli si fanno intendere le gravi conseguenze che queste malattie possono cagionare alla sua salute ed a quella delle famiglie, se gli si fa presente la eventualità di essere costretti per esse ad allontanarsi dal campo della guerra, mentre gli altri compagni vi rimangono a farsi onore nel servire la patria.

A questa specie di propaganda noi non disconosciamo in genere il valore pratico, maggiore o minore a seconda di contingenze molteplici, E forse saremmo propensi ad ammettere che essa possa avere valore maggiore per il soldato tedesco a causa dello spirito di disciplina che lo distingue, se fatti recenti non mostrassero la fallacia di questo concetto aprioristico.

Soltanto in territorio belga e fino al febbraio u. s., cioè in meno di sette mesi, fra le truppe tedesche dell'attuale guerra europea erano stati dichiarati già più di 30,000 casi di malattie veneree. Malgrado l'educazione militare che il soldato tedesco ha ricevuto più intensamente negli ultimi decenni, queste cifre superano quelle avutesi nella guerra franco-prussiana del 1870-1871, nella quale secondo una statistica tedesca in meno di un anno furono curati 33,528 uomini per malattie veneree (cioè il 70.6 per mille dei malati spedalizzati).

Insieme con questi dati statistici, vanno ricordate le notizie terrificanti circa i delitti sessuali che i soldati tedeschi hanno consumato sulle popolazioni del Belgio, a dimostrazione che

Valore terapeutico del "Lactol" in ginecoiatria.

Numerosi sono gli studi fatti da vari autori sulla influenza di taluni preparati, medicamentosi ed alimentari ad un tempo, quali ad esempio il Lactol, sugli stati di esaurimento di iponutrizione, di convalescenza. Non era stata però fatta fin'ora alcuna ricerca sul Lactol, in rapporto a quei disturbi funzionali e organici della donna a cui si connettono gravi perturbamenti nella nutrizione generale e della funzionalità dell'apparato genitale. A ciò ha provveduto opportunamente l'A. che in una sua interessante nota preventiva espone i suoi primi risultati.

Giustamente egli accenna all'azione che l'ovario col suo prodotto di secrezione interna, esercita sul bilancio del Ca e del Ph nell'organismo e sulla fissazione dei sali relativi nelle ossa, in rapporto all'azione più o meno antagonistica di altre ghiandole a secrezione interna, e alla conseguente necessità di sorvegliare il bilancio del calcio del fosforo in donne che presentano disturbi ovarici. Misura massima di previdenza ritiene l'oppors alle modificazioni morbose del ricambio, con una alimentazione appropriata che valga ad assicurare una opportuna introduzione di sostanze rimineralizzanti in forma organica. A ciò si giunge col razionale raggruppamento molecolare di tutti gli elementi che debbono concorrere al completo rifornimento dell'organismo e con un appropriato stimolo sugli organi a rallentata funzionalità.

L'A., studiando i risultati ottenuti coll'impiego del Lactol da illustri clinici italiani, e mettendoli a confronto con quelli ottenuti nel campo della ginecologia è venuto nel convincimento che il Lactol meriti particolare considerazione nelle forme di alterato ricambio materiale per influenza riflessa della sfera genitale.

L'ha quindi voluto esperimentare in un interessante caso di grave anemia e dispepsia gastro intestinale legato a malattia, insospettata precedentemente, degli organi sessuali (ipertrofia del collo dell'utero, endometrite cervicouterina, ovarialgia bilaterale).

Sottoposta la paziente ad una severa cura di Lactol, per un periodo di tre mesi, associando delle lavande vaginali di borato di soda che vennero però irregolarmente praticate, si ebbe un così rapido miglioramento che la paziente ritenne superflua una ulteriore sorveglianza medica.

L'A. benchè non dia come definitivo il suo giudizio sul valore del Lactol in ginecologia, a causa del troppo breve periodo di osservazione, sostiene che nel soggetto in esame era evidente il processo di debilitazione organica e di disordini funzionali in rapporto all'alterata funzione sessuale, e che una insperata modificazione di fenomeni morbosi psicofisici fu apportata dalla somministrazione del Lactol.

Prof. Dott. MUZIO PAZZI
Libero Docente Universitario
Direttore Scuola Samaritana Bolognese

"LACTOL" Dott. Foglino

Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano

Con l'approvazione dell'eminente Clinico genovese, il Dott. Foglino valente farmacista di Torino, ha composto questo prodotto farmaceutico il quale accoppia le proprietà di alimento a quello di medicamento e che riesce perciò efficacissimo in quelle varie condizioni morbose nelle quali si devono soddisfare queste due indicazioni.

Il "Lactol„ è infatti il resultato della associazione dei grassi del latte, di principii fosfatati, di acido fosfoglicerico e di vari fermenti digestivi (diastasi, pepsina, pancreatina), tutte sostanze, come si vede, delle quali è universalmente riconosciuto un considerevole valore dietetico e medicamentoso.

La bontà della preparazione del Dott. Foglino ha ottenuto la sua piena sanzione nella prova pratica sui malati. Essa è provvidenziale nei casi diversi di debolezza organica sia che questa derivi da alterazioni costituzionali o sia l'effetto di malattie di lungo corso che hanno logorato l'organismo.

È riuscita di molta utilità nei bambini di costituzione gracile e quindi inclinati al rachitismo e alla atropsia. È un medicamento indicato in genere nelle varie forme di anemia, indicatissimo nelle gastropatie (catarri cronici, gastriti ulcerative), dove urge l'uso di sostanze che in piccolo volume forniscano all'organismo potenti energie nutritive. È facile intendere che in forza della sua composizione il "Lactol„ è indicato e reca benefizi in quelle svariate condizioni morbose del sistema nervoso nelle quali il tessuto si mostra esaurito, quindi nella neuro-astenia, così comune ad osservarsi, nell'isterismo, nella psico-astenia ed in genere negli stati consuntivi.

Avendone fatta assai larga prova nel servizio medico a me affidato nell'Ospedale di S. Maria Nuova, ho potuto confermare le asserite virtù della preparazione Foglino alla quale spetta perciò una felice riuscita nella prova pubblica che sta per farsene.

La preparazione "Lactol„ è accetta ai malati grandi e piccoli per il suo gradevole gusto e i piccoli in specie la usano considerandola come una ghiottoneria.

Dott.: MARCACCI GIORGIO
Primario Medico nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova di Firenze.

"Lactol"

Dott. E. Foglino

Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano.



Alcuni certificati Medici

Prof. Dott. GIUSEPPE CARDI — Rimini, 10 Luglio 1913.
Medico Primario e Direttore
— OSPEDALE DI RIMINI —

Ho sperimentato il "Lactol„ del Dott. Foglino di Torino: posso affermare che esso è un ottimo rimedio ricostituente in stati di esaurimento nervoso e di denutrizione organica: esso mi ha bene corrisposto anche nella terapia infantile, nella quale è perciò raccomandabile.

Firmato: Dott. Prof. G. CARDI
Medico Primario Docente Patologia Medica nella R. Università di Modena.

Prof. Comm. CESARE CATTANEO — Parma, 19 Giugno 1913.
Direttore della Clinica Pediatrica della R. Università di Parma
Direttore dell'Ospedale dei Bambini di Milano

Il "Lactol„ Foglino (glicerofosfati tridigestivi al latte), è stato da me ripetutamente esperimentato. Piacevolissimo al palato, viene dai bambini preso volentieri, è perfettamente tollerato e la sua indicazione precipua è nelle forme di astenia in ispecie dei piccoli bambini convalescenti di malattie infettive, sopratutto dell'apparato digerente.

Firmato: Prof. Comm. CESARE CATTANEO



CLINICA CHIRURGICA — Parma, 10 Luglio 1913.
— PARMA —

Ho fatto uso del "Lactol„ preparato dal Dott. Foglino, secondo la formola del Prof. Maragliano e l'ho trovato utilissimo per i pazienti operati di stomaco, in quanto bene tollerato e gustato e nutriente. Per questa sua proprietà è utile anche in tutte le affezioni, nelle quali esiste una debilitazione dell'organismo

Firmato: Prof. Dott. Comm. A. CECCHERELLI
Direttore Clinica Chirurgica della R. Università di Parma.

DOTT. PROF. CAV. FILIPPO LESSONA — Torino, Maggio 1913
Docente di Ostetricia nella R. Università di Torino

Egregio Sig. Dott. E. Foglino,

Ho usato il "Lactol„ da lei preparato nella mia clientela e lo trovai molto utile nei casi di astenia nervosa e come ricostituente pei bambini. La facilità con la quale viene preso e digerito non è ultimo pregio di questa fortunata preparazione.

Firmato: Dott. Prof. FILIPPO LESSONA
Specialista in Ginecologia - TORINO - Via Donizzetti, 9.

LACTOL - Scatola grande L. 3,00 - Scatola saggio L. 1,00

Presso le buone Farmacie e presso la SOC. ANON. FARMACEUTICA TORINESE - Via Principi D'Acaia, 44 - TORINO

il soldato tedesco è ancora molto lontano dai canoni di una disciplina morale veramente superiore, e che la semplice campagna profilattica propugnata dai suddetti autori e basata su considerazioni etiche fallisce in gran parte allo scopo, quando non sia sostenuta da solidi cardini civili ed umani, che a certe popolazioni pur troppo ancora fanno difetto.

Perciò noi pensiamo che, pure essendo convinti della maggiore nobiltà e bontà d'animo del nostro soldato italiano, della sua maggiore pieghevolezza di carattere e del suo più elevato senso umano e civile, non basterà insegnargli, verbalmente o per mezzo di bollettini e di memento, le nozioni principali e le norme più sicure per la difesa nostra dal contagio venereo, non basterà incutergli il terrore per queste malattie in sè e più per gli effetti loro rovinosi a danno della famiglia e della patria.

Tutto ciò avrà indubbio valore, se l'ufficiale col suo prestigio e l'esempio suo lo saprà insegnare alla truppa.

Ma occorrerà ancora che la legge autorizzi in tempo di guerra ad arginare il mercato della prostituta dentro più igienici confini. Nè i liberisti gridino allo scandalo, chè non sarebbe questo il momento di trattare in generale questo grave problema sociale. Possiamo notare soltanto che in tempo di guerra, quando la legge marziale impera ed all'interesse generale della guerra ogni ordinamento civile deve subordinarsi e conformarsi, allora è sommamente utile prendere provvedimenti restrittivi nel campo della prostituzione.

Non sarei alieno dal proporre, nei limiti del possibile, la istituzione dei cosidetti bordelli igienici. Ciò che riterrei assolutamente indipensabile è la visita medica metodica ben disciplinata di ogni donna in contatto con le truppe nei paesi occupati, in territorio nostro od in territorio straniero. Soltanto in omaggio ai nostri principî di libertà non perseguiterei la venere girovaga senza sede; ma le procurerei dimora più sicura e conveniente in apposite *case igieniche*. In un caso e nell'altro, dovrebbe essere rigorosamente obbligatoria e rigorosamente eseguita la visita medica di sanitari specialisti. Ed in un caso e nell'altro, la prostituta che risultasse infetta dovrebbe essere sottratta ad ogni ulteriore contatto col pubblico, e sottoposta a cure sapienti in speciali nosocomi.

Tutto questo che ho detto e quello che ancora potrò dire circa la profilassi e la cura dei mali venerei in tempi di guerra non sembri un'esagerazione. Basta pensare al gran numero di giovani baldi e pieni di vigore bellico che una sola prostituta può quotidianamente rendere incapaci alle fatiche della guerra, basta pensare ai disastri famigliari ed all'enorme depauperamento della specie che in eterno potranno conseguirne.

Neisser ha proposto niente meno di sottoporre tutte le prostitute, che possono venire in rapporto con i soldati, ad iniezioni settimanali di salvarsan e di preparati mercuriali insolubili, convinto che le prostitute non sifilitiche non ne sarebbero danneggiate. Questo eccesso di precauzioni consigliate da simili autorità valga come indice dei grandi danni che le malattie sessuali devono aver prodotto fra le file dell'esercito tedesco.

Ciò che si è fatto in Libia dovrebbe organizzarsi su più vasta scala in una più vasta guerra. La ricchezza dei mezzi necessari non sarebbe mai eccessiva in confronto alla importanza incomparabile del fine.

Ma il compito della profilassi non si conchiude nel campo della sorveglianza della prostituta. Non meno prodiga di misure dev'essere verso il soldato. Ed oltre alla istruzione ed agli ammonimenti, non dovrebbero ad esso mancare i mezzi meglio atti a prevenire il contagio.

La Direzione di Sanità Militare ha fornito ogni soldato di truppa di un piccolo pacchetto di medicatura, da portare nello zaino, bastevole per la prima medicazione di una ferita. Non meno utile potrebbe essere un altro più piccolo pacchetto contenente una piccola saponetta per il lavaggio pronto dei genitali dopo ogni coito; una fiala da 1 cmc. di acido fenico puro oppure una compressa da 10 ctgr. di sublimato corrosivo da sciogliere in un mezzo bicchier d'acqua da tavola per la disinfezione dei genitali; un tubicino di pomata di Metschnikoff da spalmare su tutta l'asta prima e dopo l'atto del cioto. Neisser, Lesser, Zieler raccomandano al soldato in guerra l'uso del preservativo di gomma. Si potrebbe anche fornire il *pacchetto anticeltico* suddetto.

È elementare poi che i soldati dovrebbero essere tutti periodicamente sottoposti alla visita dello specialista per la cura degli infetti e per preservare gli altri dall'eventuale contagio.

Inoltre al soldato deve essere fatto l'obbligo di denunciare fin dalle prime manifestazioni qualsiasi malattia sessuale.

Tra noi stessi possiamo trovare la prova migliore della grande utilità di questa profilassi fra i contingenti militari. Mentre prima fra i soldati di marina era così alta la percentuale dei malati venerei, oggi essa è ridotta ai minimi termini grazie alle misure profilattiche a cui i marinai vengono sottoposti. Ogni marinaio che abbia ottenuto un permesso d'uscita,

quando ritorna in caserma deve dichiarare se ha avuto rapporti sessuali; ed in caso affermativo è sottoposto a lavaggio del pene con soluzione di sublimato al 1/2 0/00, ad un'iniezione enduretrale di pochi cmc. di protargolo al 2-3 %, e all'unzione dell'asta con pomata di calomelano al 30 %.

Misure anologhe dovrebbero adottarsi per le truppe di terra, e possibilmente con maggior rigiore per la maggiore facilità con cui queste possono esporsi ai contagi venerei.

* * *

Per la cura dei mali venerei fra le truppe combattenti sarò più breve. Non rifarò la polemica dei giornali tedeschi sulla opportunità o meno di curare al campo i venerei. Sarò dell'opinione di Neisser, che, cioè, le malatie sessuali possono curarsi senza togliere i soldati ai doveri del campo finchè ciò sia fattibile senza pregiudizio della salute dell'infermo e dell'integrità altrui: in tutti gli altri casi si dovrà dare un periodo di riposo a letto, ed eventualmente isolando il soldato infetto dalla comunità per evitare il contagio. Bisognerà curare l'economia della truppa agli scopi della guerra; ma un eccesso di zelo esercitato in questo senso creerebbe facilmente dei malati cronici, più o meno invalidi alle fatiche della guerra. Zieler ed altri invece sostengono che le malattie veneree in genere richiedono sempre un periodo di riposo a letto con isolamento o senza.

Per l'uretrite blenorragica acuta sarebbe essenziale all'inizio un breve periodo di riposo per evitare complicazioni temibili, e per potere ottenere rapidamente la guarigione, magari col metodo abortivo se si è ancora in tempo. Così il soldato potrebbe al più presto tornare dall'ospedale da campo alla sua compagnia senza pericolo di mali peggiori.

L'uretrite cronica in genere non esige una cura immediata: epperò al campo sarà opportuno limitarsi ad una cura igienica per via orale, accompagnata o no dall'uso di mezzi locali ad azione molto blanda.

Per alcune complicazioni della blenorragia uretrale, quali l'epididimite, l'artrite blenorragica, la cistite, le stenosi uretrali gravi, ecc. è indispensabile l'invio del soldato all'ospedale territoriale.

L'ulcera molle superficiale spesso può essere curata ambulatoriamente al campo; ma se ha caratteri d'una certa gravità o se il sistema linfatico tende a risentirne vivamente, sarà necessario un pronto invio del soldato all'ospedale da campo, dove con cure bene appropriate potrà ottenersi la guarigione in pochi giorni. Se v'ha adenite e questa presenta caratteri d'infiltrazione glandolare, forse sarà utile inviarlo sin dal principio ad un ospedale territoriale. Così per la fimosi flogistica, la parafimosi, ecc.

Il sifiloma iniziale e le manifestazioni secondarie della sifilide forse potrebbero in linea generale essere curate al campo, se per esse non dovesse prevalere la considerazione del grave pericolo di contagio che costituiscono. Per misura di profilassi dunque i sifilitici in periodo primario e secondario con manifestazioni in atto devono essere isolati sollecitamente. Almeno per fare scomparire queste manifestazioni mediante le cure mercuriali occorrerà un periodo di tempo notevolmente lungo: e però l'invio dell'infermo dev'essere fatto direttamente all'ospedale territoriale, anche perchè quivi potrà meglio organizzarsi il servizio di isolamento.

Quivi si sarà anche in grado di circondarsi delle precauzioni opportune per praticare le iniezioni endovenose di arsenobenzolo, ciò che potrà abbreviare di molto il periodo di cura, specialmente in rapporto al contagio degli altri.

Per la quasi costante ed assoluta tollerabilità del medicamento, per la semplicità della tecnica, non condivido col Pasini l'opinione che non sia opportuna nè possibile la cura salvarsanica del soldato sifilitico al campo.

Spento od attenuato così il focolaio di contagio, l'ulteriore cura mercuriale potrà essere fatta comodamente al campo, per esempio mediante i granuli di protoioduro di mercurio o mediante iniezioni periodiche di preparati mercuriali insolubili ben tollerati.

Questo metodo di cura mercuriale potrà praticarsi con vantaggio anche nella sifilide secondaria e terziaria, quando manchino manifestazioni in atto, e pure si giudichi opportuno intervenire con mezzi specifici a curare il soggetto.

È bene notare che i preparati di sali insolubili della nostra farmacia militare sono quasi costantemente tollerabilissimi. Ottimo è pure il metodo delle iniezioni di olio grigio raccomandato dal Pasini.

I granuli di protoioduro di mercurio o di altro sale mercuriale sono anche sufficientemente efficaci, quando non si abbiano fenomeni di intolleranza da parte dello stomaco.

Le manifestazioni terziarie della sifilide, gommose e nodulo-ulceranti, spesso richiedono l'invio dell'infermo all'ospedale territoriale per la durata della cura, notevolmente lunga.

Ogni forma di sifilide viscerale dev'essere sempre e sollecitamente inviata all'ospedale territoriale.

Come abbiamo visto, il problema della cura della sifilide e delle malattie veneree del soldato in guerra, se è bene che sia affidato, nei limiti del possibile, a medici specialisti, non è mai così grave come quello della profilassi di questa malattia. Ed il problema della profilassi, se deve essere messo in luce nei suoi veri termini dallo specialista, deve essere risoluto mediante gli sforzi concordi di tutte le autorità militari e delle istituzioni sanitarie civili, tale e tanto complessa dev'essere l'opera di risanamento morale e di educazione igienica del soldato, e così perfetta dev'essere l'organizzazione di difesa delle truppe contro le insidie di Venere, l'eterna temibile alleata del dio Marte.

P. SABELLA.

Sulle malattie sessuali in guerra.

On. Direzione del Giornale « Il Policlinico »
Roma.

Recentissime pubblicazioni segnalano il pericolo che le malattie sessuali hanno sempre rappresentato e rappresentano per gli eserciti in guerra. Basti ricordare le stragi che la sifilide fece nelle milizie italiane, francesi e spagnole che combattevano sul finire del 1400 nelle Puglie; i provvedimenti draconiani che Napoleone I fu costretto a prendere per limitare la diffusione dei morbi venerei nei suoi eserciti, ecc.

Il nostro prof. Pasini, primario dermosifilografo dell'Ospedale maggiore di Milano, in una sua notevole conferenza tenuta nel Corso di medicina e chirurgia di guerra agli Istituti clinici di questa città, riporta delle statistiche impressionanti, secondo le quali, per esempio, nel solo esercito tedesco operante nel Belgio si sarebbero verificati sino ad ora non meno di 30,000 casi di malattie sessuali!

Non è a dubitare che il nostro Ispettorato di Sanità militare abbia provveduto con la consueta mirabile solerzia a fronteggiare anche questo pericolo, la cui gravità non ha davvero bisogno di essere messa in maggiore evidenza. Sappiamo pure che la Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia e l'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani hanno già offerta al Ministro della guerra l'opera dei propri socii non richiamati per facilitare in questo campo l'opera dei benemeriti medici militari. Ciò non ostante, non sembri superfluo richiamare anche dalle colonne del « Policlinico » l'attenzione delle autorità sanitarie militari sulla necessità che ai servizi di profilassi e di cura delle malattie veneree fra i soldati, siano destinati medici particolarmente competenti nelle discipline dermosifilografiche, in omaggio a quei principii di divisione del lavoro e di specializzazione che dovrebbero mettersi in pratica sempre, ma soprattutto in tempi così eccezionali come quelli della guerra.

Grato della pubblicazione della presente, mi professo

dev.mo prof. CARLO VIGNOLO-LUTATI
Presidente dell'Assoc. profess. fra i dermosifilografi italiani.

Cura delle ferite degli occhi in guerra.

In guerra i trumatismi oculari sono frequentissimi. Il loro trattamento immediato s'impone oltre che per sollevare le condizioni dei colpiti e per non fare allontanare dal campo un gran numero di soldati, anche per le spiacevoli conseguenze cui essi possano dar luogo.

È certo che per i grandi traumatismi degli occhi non è possibile una cura adeguata nelle ambulanze e neppure negli ospedali da campo. Il medico in questi casi si deve limitare a fare la toletta della ferita e delle parti vicine, a mettere possibilmente a contatto i lembi, ed inviare senz'altro il ferito ad un ospedale adatto e più specialmente da un oculista.

La cura delle ferite delle palpebre deve essere indirizzata allo scopo di evitare le infezioni e le possibili deformazioni cicatriziali con disturbi funzionali, che si possono determinare quando non siano convenientemente ristabiliti i rapporti dei tessuti feriti. La pulizia della ferita cutanea si farà con lavaggi alcalini, soluzione di bicarbonato di soda o sapone. Quando la ferita o le parti vicine non fossero imbrattate ci si limiterà a passare sulla parte cruenta e sulle parti adiacenti della tintura di iodio convenientemente diluita con 4-5 parti di alcool allo scopo di evitare flittene ed infezioni secondarie. D'altra parte si avrà cura d'introdurre sotto le palpebre, previa cocainizzazione, una lamella di ovatta per preservare l'occhio da eventuali danni da parte della tintura di iodio.

L'occhio stesso verrà lavato se è molto sudicio con una soluzione tiepida di borato, salicilato o bicarbonato di sodio a mezzo di un tampone di ovatta o con la cannula del Terson. Si devono ad ogni modo evitare le irrigazioni o gli impacchi al sublimato.

Per ristabilire i rapporti normali dei tessuti si praticherà l'anestesia locale iniettando sotto la cute palpebrale una soluzione di cocaina all'1 % o di novocaina al 0.50 % e dopo 10 minuti si praticheranno suture superficiali con filo sottile ad aghi assai fini. Le labbra delle fe-

rite devono essere portate a contatto specialmente quando esse siano verticali o oblique in rapporto alla rima palpebrale. Nei casi la ferita interessi il bordo libero conviene fare all'occorrenza delle dissezioni liberatrici, addossare le parti cruente, eventualmente mettere un filo ad ansa sul bordo libero. In ogni caso le ferite palpebrali devono essere suturate al più presto possibile, senza alcuno indugio, i fili devono essere lasciati più lungamente di quel che si usa per una sutura banale cutanea e non devono essere levati tutti in una volta.

I corpi estranei colpiscono i soldati con molta frequenza e possono essere tanto molesti da impedire qualsiasi attività dei pazienti. Donde la necessità di rimuoverli sollecitamente quando essi fossero superficiali.

Innanzi tutto si farà l'anestesia mettendo nel sacco congiuntivale delle gocce di soluzione di cocaina al 2-3 % o anche un granellino di cocaina in sostanza: ciò varrà a mitigare le sofferenze del soggetto e nello stesso tempo darà una maggior sicurezza e libertà all'operatore.

Quando non si riesca a scorgere ad occhio nudo il corpo estraneo lo si cercherà sulla cornea o sulla sclerotica a mezzo di una lente o con la illuminazione artificiale laterale, e quando tali ricerche riuscissero infruttuose lo si cercherà sulla congiuntiva palpebrale abbassando la palpebra inferiore spostando la cute in basso, rovesciando quella superiore: per fare ciò si invita il paziente a guardare in basso e si lusserà la palpebra afferrandone il bordo inferiore a mezzo delle ciglia e rovesciandolo in alto mentre con le dita stesse si farà leva appoggiandole leggermente sul bulbo.

L'asportazione del corpo estraneo si farà con la punta di un bisturì badando a ledere il minimo possibile la cornea o la congiuntiva. Per evitare ciò più sicuramente è meglio servirsi di una punta di carta: si arrotolerà un foglio di carta in modo da ottenere una sottile bacchetta, che si taglierà ad uno degli estremi obliquamente con le forbici, la punta così ottenuta è sufficiente per l'asportazione dei corpi estranei superficiali. Quelli retroiridei, magnetici o non, devono essere asportati con apparecchi speciali e solo da specialisti.

Le ferite del globo oculare non infette superficiali o penetranti devono essere primitivamente curate in modo da allontanare le possibilità di infezione. Per ottenere ciò bisogna evitare ogni contatto della ferita con le dita o con strumenti non sterilizzati, istillare cocaina, pilocarpina; insaponare le palpebre evitando ogni pressione sul globo oculare, lavare le palpebre con acqua bollita o soluzione fisiologica; lavare poi con lo stesso liquido il globo oculare dopo aver divaricate le palpebre; immobilizzare queste ultime con l'applicazione di una medicatura monoculare: una rotella di garza o un pezzo di compressa, uno strato di ovatta e poi fasciare. Questa medicazione deve essere lasciata 48 ore almeno. Non devono essere mai usate sostanze caustiche, come tintura di iodio, sublimato, formalina.

Per le ferite clinicamente infette l'impacco dovrà essere umido con argirolo rinnovato più volte al giorno. La polvere di dionina ogni due giorni, le instillazioni biquotidiane di enesol, le iniezioni sottocongiuntivali, le cauterizzazioni ignee, il sanguisugio impediranno spesso il flemmone totale. Ad ogni modo questi casi devono essere sempre inviati all'ospedale dagli specialisti. Ai quali devono essere pure inviati tutti quei casi di ferite complicate con fuoriuscite dell'iride, del corpo ciliare, ecc., o con corpi estranei penetranti profondamente. In questi casi il soccorso di urgenza dovrà limitarsi alla toletta accurata dell'occhio, a calmare il dolore mediante instillazioni congiuntivali di cocaina, di iniezioni sottocutanee di morfina ed eventualmente praticare una iniezione di siero antitetanico.

DR.

L'assistenza ai feriti in guerra a cura dell'Ospedale americano di Parigi.

(RICHARD DERBY. *The Boston medical and surg. Journal*, maggio 1915).

All'inizio delle ostilità, l'Ospedale americano di Parigi decise d'impiantare una sezione per feriti in guerra. Il Governo francese offrì a tale scopo il nuovo edificio del Lycée Pasteur, che in breve fu trasformato in un ospedale capace di più che cento letti, e che in seguito, con adattamento di altri locali, è venuto a contenerne 500. Esso è fornito di ogni moderno presidio chirurgico, ed è diviso in quattro sezioni, una delle quali dipende da chirurgi dell'Università di Harvard, con a capo Harvey Cushing.

Durante la battaglia della Marna il numero dei feriti era così grande, e il servizio ferroviario per il trasporto di rinforzi, di munizioni e di vettovaglie così intenso, che la rimozione dei feriti verso gli ospedali di base diveniva molto difficile, e soffriva dolorosi ritardi. I feriti di solito venivano caricati nei treni, che avevano trasportato gli uomini e le munizioni sul fronte, e che ritornavano verso il sud della Francia.

Donde viaggi lunghi e più volte interrotti. Nei primi giorni di ottobre furono accolti, nell'Ospedale americano, feriti, che avevano impiegato *una settimana* per giungere p. es. da Arras o da Soissons!

Tutto ciò era naturalmente dovuto a impellenti necessità militari.

L'ospedale accoglieva in media 10 feriti al giorno. Nel reparto dell'A. verso i primi di ottobre su 103 infermi si avevano 82 casi di ferite da shrapnel, 20 di ferite da palla di fucile, 1 da colpo di baionetta.

Tutte le ferite da shrapnel erano infette; delle ferite da fucile 4 erano asettiche, 16 presentavano segni d'infezione, meno gravi però delle ferite da shrapnel, nelle quali era contenuto abbondante materiale estraneo (pezzi di stoffa, scheggie di legno, ecc.).

Ecco un elenco di lesioni di varie parti del corpo:

Frattura del radio, 1; ferita del naso, 1; frattura dell'ulna, 2; amputazione traumatica della coscia, 2; frattura di un metatarso, 3; frattura del cranio, 3; frattura del bacino, 3; frattura della pelvi, 3; frattura della scapola, 4; frattura di una costola, 4; frattura della mandibola, 4; frattura di una falange, 4; ferita dell'articolazione del ginocchio, 4; frattura di un metacarpo, 4; lesioni della colonna vertebrale, 5; lesioni dell'occhio, 5; ferite peneranti dell'addome, 5; ferite penetranti dell torace, 6; frattura della tibia, 8; frattura del perone, 8; frattura del femore, 9; frattura dell'omero, 20; ferite delle parti molli, 35.

Lo scarso numero di ferite penetranti nell'addome osservate nell'ospedale dipende probabilmente da che nella grande maggioranza di questi casi il ferito muore sul campo di battaglia.

L'A. ha osservato 4 casi d'infezione da *bacillus aerogenes capsulatus,* di cui 3 guarirono, mentre in un caso fu necessaria l'amputazione della coscia. Molte delle ferite contenevano gas.

Generalmente i feriti, appena ammessi nell'ospedale, erano portati in camera operatoria, ove (di solito sotto narcosi) la ferita e le parti vicine venivano accuratamente pulite, nei casi infetti la ferita veniva allargata e i corpi estranei o i frammenti di osso rimossi; s'irrigava la lesione con acqua ossigenata, e, occorrendo, si drenava.

La maggior parte dei feriti erano francesi, alcuni inglesi; i feriti tedeschi erano inviati negli ospedali militari. Al loro arrivo essi erano di solito in condizioni di esaurimento notevole, ma dopo un lungo sonno (talora 48 ore ininterrotte), riacquistavano rapidamente energia fisica e morale.

Molto importante era il servizio di ambulanza dell'ospèdale, che nel dicembre 1914 contava già 70 automobili, tutti quanti condotti da americani. Essi trasportavano i feriti dai posti di medicazione e dagli ospedali da campo agli ospedali base. Questo servizio rapido di evacuazione dei feriti dal campo ha sulla riduzione della mortalità un grandissimo effetto: ciò hanno sperimentato gli inglesi allorchè trasportavano tutti i loro feriti in Inghilterra. Il servizio delle ambulanze-automobili era divenuto così rapido che in dicembre l'Ospedale americano riceveva uomini feriti il giorno stesso.

Riassumendo: i metodi impiegati nella cura delle ferite, in questo Ospedale, consistono nel combattere l'infezione drenando ampiamente ed usando irrigazioni antisettiche. La cura è in genere conservativa, eccetto nei casi di fratture infette comminute delle estremità inferiori, per le quali l'amputazione è spesso indicata.

Chiasserini.

Maschera francese contro i gas irritanti.

(Dezève e Orsaud. *La Presse Médic.,* 20 maggio 1915).

Per difendersi contro i gas di bromo, gl'inglesi avevano utilizzato una maschera costituita unicamente da uno strato di cotone coperto da garza e che si applicava sul naso e sulla bocca mediante due nastri i quali si annodavano dietro il capo.

Questo modello si è dimostrato insufficiente, come hanno rilevato i giornali inglesi ed in particolare il «Daily Mail», per due motivi: la superficie assorbente dei gas tossici non è abbastanza vasta; una volta inumidito, il cotone aderisce sul naso e sulla bocca, ostacolando la respirazione.

Dezève e Orsand hanno reputato necessario di montare il materiale assorbente su di un'armatura metallica. Il loro modello ripete la maschera per l'anestesia da inalazione, modificata e semplificata per adattarla al nuovo uso.

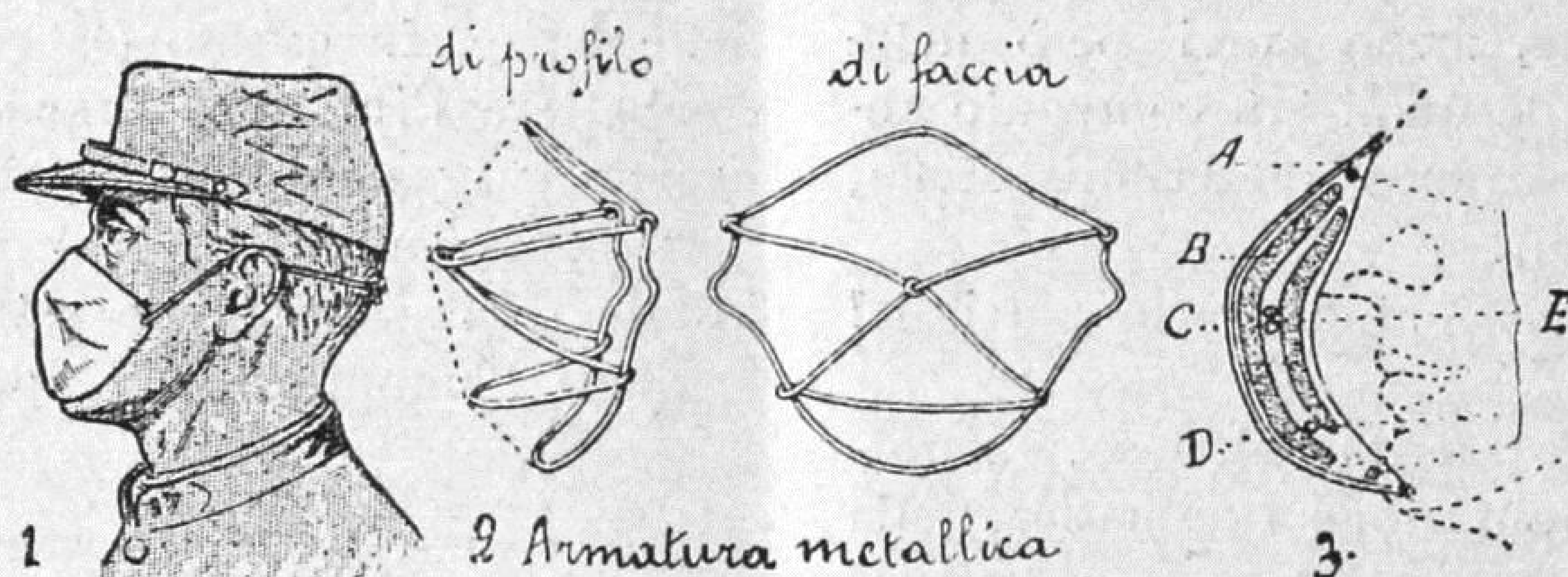
Descrizione. — 1° *Armatura.* — È costituita da una intelaiatura di filo di ferro galvanizzato n. 8 della lunghezza di 80 cmc., curvato su di un modello di legno che riproduce le saglienze e le rientranze della parte del volto da proteggere. È indispensabile usare filo di ferro galvanizzato, per evitare la ruggine.

2° *Guarnitura.* — Le due faccie, convessa e concava, sono ricoperte ciascuna da una falda di cotone idrofilo di 5 mm. circa di spessore. I due strati, di forma rettangolare, misurano: l'esterno cm. 10 × 12, l'interno cm. 8 × 10. Sono

ricoperti da riquadri di tessuto a maglie strette e resistenti ma ben permeabili all'aria. I margini sono riuniti da un'orlatura che li fissa alla periferia dell'intelaiatura, racchiudendo e fermando i due strati di cotone.

3° *Legacci.* — Due legacci di 40 cm. di nastro di filo (fettucce) sono cuciti alla parte esterna della maschera dai due lati.

4° *Colorazione.* — Per diminuire la visibilità della maschera, le si è data una colorazione kaki, immergendola dapprima in una soluzione d'iposolfito sodico a 1:1000, poi in una di permanganato potassico a 1:1000.



1. Maschera completa. — 2. Armatura. — 3. Sezione.
A) Doppio strato esterno di garza. — *B*) Falda esterna di cotone. — *C*) Falda interna di cotone. — *D*) Strato interno semplice di garza.

APPLICAZIONE. — La maschera si applica in modo che il becco di corvo ricopra il naso, la parte inferiore concava ricopra la convessità del mento, i punti d'attacco ricoprano gli zigomi.

Siccome la maschera ha un'armatura di ferro pieghevole, ciascuno può adattarla al proprio volto, così da evitare che l'aria penetri dai lati.

I due legacci, passando sulle inserzioni degli orecchi, vanno a legarsi sull'occipite.

ESPERIMENTI. — Gli AA. hanno eseguito alcuni esperimenti, versando alcune goccie di bromo in un tondo, posto sotto il naso. Chi porta la maschera deve chiudere gli occhi.

1° *Maschera a secco.* — I vapori attraversano la maschera: dopo un minuto si avverte un pizzicore molto sgradevole nel naso e nella gola, con accessi di tosse spasmodica.

2° *Maschera imbibita d'acqua.* — I vapori l'attraversano meno facilmente. Si può sopportare l'inalazione di essi per 2 ed anche per 3 minuti.

3° *Maschera imbevuta con una soluzione di iposolfito di soda all'1 per mille.* — I vapori sono tollerati più a lungo, per 4-5 minuti.

4° *Soluzione di iposolfito di soda al 5 per cento.* La maschera oppone una barriera meccanica e chimica efficace ai vapori di bromo: dopo 5 minuti non si prova nessuna molestia apprezzabile, mentre chi è sfornito della maschera deve fuggire dalla camera.

Senza dubbio le condizioni possono essere più precarie sul campo, quando il nemico, sotto un vento favorevole, manda vere nubi di gas tossici. Tuttavia le ricerche eseguite provano che si ottiene una protezione incontestabile.

Conviene usare la soluzione d'ipofosfito sodico al 5 %; ma nelle diverse unità militari, per facilitare il maneggio del prodotto e ridurre il numero dei recipienti, sarebbe comodo di usare una soluzione più concentrata, al 50 %, da diluire al momento voluto.

Si raccomanda di tenere i recipienti difesi dalla luce, perchè questa a lungo altera il prodotto.

Il procedimento più semplice sarebbe di conservare l'iposolfito di soda sotto forma di sale in un sacco di carta pergamenata o solforizzata e al sicuro dall'umidità — in ragione delle proprietà igroscopiche — sino al momento dell'uso.

CONCLUSIONI. — La maschera è molto semplice, facile a confezionare anche da mani inesperte (3 minuti per montarla, 20 per guernirla), con fornimenti che si trovano ovunque.

La pieghevolezza della montatura permette di adattarla ad ogni volto.

La fabbricazione, compiuta nelle singole unità militari, ne abbassa considerevolmente il prezzo di costo: 17 centesimi incirca.

È efficace: con questa protezione il combattente, pieno di confidenza, lungi dal conoscere le angoscie di un panico cieco, di fronte ad un pericolo invincibile, marcia risolutamente in avanti.

R. B.

Maschera italiana contro i gas irritanti.

Riservandoci di tornare sull'argomento, riportiamo per ora le seguenti notizie su di un tipo di maschera proposto dal prof. sen. G. Ciamician, ordinario di chimica a Bologna, che lo ha studiato in collaborazione del prof. L. Pesci.

Consiste in dieci strati di garza comune tagliati a modello ovoidale, portanti all'estremità superiore e cucito internamente un filo di rame flessibile, e nel margine inferiore un elastico che deve servire a rendere la maschera esattamente aderente al mento del soldato. Ai lati due

anse ad elastico per assicurare la maschera agli orecchi. Nella faccia interna: una flanella per proteggere la bocca dalla causticità delle sostanze di cui va imbevuta la garza.

La confezione di questa maschera è semplice e facilissima: può essere eseguita anche da una bambina.

In seguito alle esperienze fatte nel suo ed in altri laboratori chimici, il Ciamician presume che il gas irritante sia bromo, cloro od acido cloridrico, ottenuti facilmente in larga copia dai sali delle miniere di Strassfurt. Il reagente che per la neutralizzazione ha potuto stabilire insieme al prof. Pesci e con la collaborazione dei suoi assistenti, consiste in una soluzione di carbonato di potassio e di sodio concentrata. La ricetta è questa:

Carbonato sodico cristallizzato . .	gr.	120
Carbonato potassico	»	110
Acqua comune	»	200

Tale soluzione ha la virtù di *fissare* il cloro, il bromo e in genere tutti i gas « acidi ». Imbevutane la garza della maschera, i gas asfissianti vengono assorbiti e il soldato può respirare anche in mezzo all'atmosfera venefica.

Le maschere possono essere imbevute anche prima della spedizione e rimangono servibili e pronte ad essere adoperate ad ogni ora, per uno spazio di tempo lunghissimo. Verisimilmente però dopo circa un'ora da che saranno rimaste esposte alla azione dei gas asfissianti, dovranno essere di nuovo imbevute, per conservare loro l'effetto preservativo e mantenerle bene umide d'acqua.

Si potrebbe prevenire qualsiasi evenienza provvedendo ciascun soldato di una fialetta del liquido reagente, perchè se ne serva al momento opportuno o anche meglio, si potrebbe fornirgli più di una maschera imbevuta nella soluzione.

Il liquido reagente costa pochissimo ed è di facile preparazione.

Le prove pratiche sono state fatte in un piccolo stanzino in cui l'aria era satura di cloro e bromo, acido cloridrico o bromidico. Gli assistenti hanno indossato maschera ed occhiali e sono rimasti sopra la « sorgente » per 20 e 30 minuti, fino a che non se ne sono stancati.

La permanenza nell'ambiente saturo non offrì loro nessun disturbo per quanto essi cercassero di crearsi delle condizioni così sfavorevoli, quali verosimilmente non si potranno verificare all'aperto. Sono usciti dalla camera dopo avere liberamente e abbondantemente respirato senza subire nessuna azione da parte dei gas e quindi in condizioni fisiologiche normalissime. Si presume adunque che il rimedio contro l'arma insidiosa del nemico — ove questa dovesse consistere nei gas indicati — sia trovato e sia perfetto.

Questo modello di maschera è stato mandato per l'esame al Ministero della guerra, il quale ha raccomandato alcune lievi modificazioni, proponendo l'aggiunta di uno strato di cotone.

Un Comitato di elette dame, del quale sono anima le signore Tonelli e Volterra, ha intrapreso ed attivato l'opera di confezione delle maschere, sul modello che il Ministero della guerra ha designato come il solo adatto. E questa impresa ha iniziato sotto gli auspicii di donna Maria Salandra.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Prostatite cronica e sua cura.

(W. ROBINSON. *Medical Record*, 5 dicembre 1914).

La prostatite cronica è una malattia molto diffusa: in grado più o meno intenso essa si osserva in una forte percentuale della popolazione maschile in ogni paese civile.

Fra i fattori causali più importanti della prostatite cronica è la gonorrea, ma non così prevalentemente come per la prostatite acuta. Per questa la gonorrea è il fattore principale; per quella vi sono inoltre altri fattori causali importanti. Fra questi vanno ricordati: l'uretrite cronica non gonococcica, la masturbazione, gli eccessi sessuali, il coito interrotto, l'astinenza completa particolarmente se accompagnata da stimoli sessuali psichici o fisici, la vita sedentaria abituale, la cateterizzazione, la cistite cronica, ecc.

La prostatite cronica consecutiva a gonorrea o ad altre forme di uretrite può essere cronica fin dal primo inizio, o rappresentare l'ultimo stadio di una prostatite acuta o subacuta. I sintomi della prostatite cronica possono variare da un minimo ad un massimo di intensità. Vi sono dei casi che decorrono quasi senza sintomi e vi sono di quelli che assumono il carattere di una malattia molto seria.

Si potrebbe domandare come si sa che esista la prostatite, se questa decorre senza sintomi clinici. Da qualche tempo molti si fanno esaminare dal medico nella sfera genitale prima di sposarsi. Essi si sentono perfettamente bene; molti di essi non ebbero mai malattie veneree. Malgrado tutto, in una forte percentuale di questi casi il medico rileverà sintomi ben manifesti di prostatite.

Lo stato morboso della prostata può variare dalla congestione semplice alla suppurazione diffusa. Nella maggior parte dei casi però i sintomi della prostatite sono ben decisi e si distinguono in locali, subbiettivi, urinari, sessuali e generali nervosi.

I sintomi locali ci risultano dall'esame obbiettivo: la prostata è aumentata di volume, di consistenza pastosa uniformemente, od in alcuni tratti soltanto, ed in altri dura e nodosa, più sensibile del normale alla pressione, all'espressione dà una maggior o minore quantità di materiale di secrezione torbido.

I sintomi subbiettivi consistono in un senso di gravezza e di tensione al perineo, sensazioni dolorose al perineo ed alla prostata, prurito anale perianale e della mucosa rettale. L'infermo non può sedere a lungo in una medesima posizione: spesso siede sull'orlo della sedia e, se è possibile, su d'una sola natica. Egli soffre di meno nella deambulazione, anzichè sedendo o stando in piedi. Il dolore può essere circoscritto nella regione prostatica e può anche irradiarsi a varie parti del corpo: testicoli, uretra, pene, coscie, ed un po' al dorso; può anche irradiarsi alla regione renale sotto forma di colica.

Un sintoma frequentemente fastidioso è un senso di peso ai polpacci e di bruciore alle piante dei piedi, specialmente nelle ore del pomeriggio, circa le 4. L'A. dice di aver fatto molte volte diagnosi di prostatite basandosi su questi due sintomi soltanto. Questi sintomi scompaiono, dopo la cura della prostatite.

Fra i sintomi più costanti è la pollacuria ed il bisogno urgente di urinare. Vi ha senso di dolore e di bruciore durante l'atto della minzione e stillicidio d'urina dopo l'atto stesso. Il volume del getto d'urina spesso è normale, benchè di solito sia assottigliato. L'urina frequentemente è torbida, ricca di batteri e carica di fosfati. La fosfaturia è fra i sintomi più comuni della prostatite: è ancora controverso se essa sia effetto diretto della prostatite, o sia invece in rapporto con le condizioni nervose determinate da questa malattia.

I sintomi sessuali consistono in un'erezione incompleta con eiaculazione affrettata. Il senso della libidine può essere diminuito; ma per lo stimolo costantemente presente nella prostata esso può anche esaltarsi e quindi essere causa di eccessi sessuali, che naturalmente non mancano di aggravare le condizioni.

Numerosi sono i sintomi generali e nervosi: irritabilità generale, fisica e psichica, seguìta spesso da stati depressivi e melanconici che possono portare a propositi di suicidio. Se la malattia dura a lungo, può dare la nevrastenia sessuale con tutta la legione dei suoi sintomi.

Cura della prostatite. — Non si può essere mai sicuri di guarire in maniera assoluta una prostatite suppurativa, ma praticamente siamo in grado di poterla migliorare a tal punto da rendere inavvertita la sua presenza.

La cura della prostatite, come quella di ogni altra malattia degli organi genito-urinari, dev'essere locale e generale. La dieta dev'essere moderata, le spezie ed i condimenti forti aboliti, gli alcoolici ridotti a proporzioni minime, e tutto dev'essere rivolto a sollevare le condizioni generali dell'infermo. I bagni e le doccie fredde sono utili per lo stato generale; ma i bagni e le applicazioni calde locali sono necessarie per lo stato della prostata. Se c'è bisogno, deve associarsi a tutto ciò la cura contemporanea dell'uretrite posteriore, della stenosi uretrale, della vescicolite spermatica, ecc.

Il mezzo di cura più efficace della prostatite è il massaggio prostatico. È notevole la rapidità degli effetti benefici del massaggio, sia sulle condizioni locali come sulle condizioni generali. Si può dire senza esagerazione che gli effetti del massaggio prostatico sono semplicemente meravigliosi.

Sono evidenti alcune ragioni dei suoi effetti benefici. Se la prostata contiene una gran quantità di secrezione catarrale o purulenta in ristagno, l'espressione meccanica di questi materiali diminuisce il volume della prostata e quindi attenua la pressione sugli organi e sui nervi vicini. Il massaggio stesso e la rinnovazione dell'essudato migliora la circolazione della prostata e dei vasi venosi e linfatici periprostatici. Esso rafforza il tono della sua muscolatura, sì che il sangue può irrorare meglio tutti i recessi della glandola ed i suoi varî tessuti, e quindi i suoi numerosi plessi nervosi saranno meglio sanguificati e nutriti.

Tecnica del massaggio prostatico. — Il metodo più proprio e più efficace per eseguire il massaggio prostatico consiste nel porre il paziente in piedi, a gambe larghe, curvo ed appoggiato con tutte e due le mani su di una sedia od al letto di medicazione; il dito indice della mano inguantata, sul quale si può applicare ancora un dito di guanto, lubrificato con olio, si introduce lentamente nel retto e con dolcezza si pratica il massaggio della prostata, prima da destra e poi da sinistra verso la linea mediana, e poi un breve momento di riposo. Si deve esercitare una speciale pressione sopratutto se si incontrano nodi d'infiltrazione dura, o nei tratti più specialmente rammolliti. Compiuto il massaggio, il paziente dalla sua posizione deve sollevarsi gradatamente e lentamente e quindi urina in un bicchiere: le urine trasportano via il secreto prostatico.

Ciò si verifica più ordinariamente nei casi in cui si ha lieve secrezione catarrale. Quando si abbia secrezione abbondante a caratteri purulenti, è meglio che il paziente urini dapprima, e poi si pratichi il massaggio previa introduzione in vescica di una soluzione di acido borico al 2 %, e quindi, dopo aver fatto urinare il paziente, si istilli in vescica e quindi lungo l'uretra poche gocce di una soluzione di nitrato d'argento all'1 per mille. E ciò per evitare che il secreto prostatico infetti la vescica o l'uretra.

Alcuni praticano il massaggio della prostata in decubito dorsale o laterale: ma queste posizioni sono meno soddisfacenti di quella descritta. In esse il dito dell'operatore non può mai inoltrarsi così profondamente come quando il paziente, stando in piedi e curvato in avanti, spinge la prostata incontro al dito stesso. Nella posizione orizzontale il dito può far leva meno comodamente. La posizione orizzontale può essere sufficiente soltanto quando si abbia ad eseguire un'esplorazione rettale, o quando l'infermo vada facilmente soggetto a deliquî; ma non deve essere mai la posizione di scelta, e noi con essa non potremo essere sicuri di praticare un buon massaggio.

È anche degno di nota che nella posizione eretta i prodotti di secrezione della prostata tendono a defluire per forza di gravità in basso lungo l'uretra, mentre in posizione orizzontale essi senza meno scorreranno indietro verso la vescica.

Per quanto possa essere utile il massaggio della prostata, esso potrà essere altrettanto nocivo se verrà praticato troppo violentemente o troppo frequentemente. Non si dovrà premere sulla prostata con la punta del dito, ma con tutta la superficie palmare di esso. Non si adoperi troppa energia, per non correre il rischio di aggravare l'intensità del processo infiammatorio, ed anche per non determinare fenomeni di necrosi.

Alcuni infermi possono sopportare il massaggio a giorni alterni, altri soltanto una volta la settimana od ogni dieci giorni.

Il massaggio della prostata non si deve praticare nei casi di flogosi acuta o di riacutizzazione di flogosi cronica.

Il massaggio troppo energico o troppo frequente, oltre a peggiorare le condizioni della prostata, può esser causa di epididimite, di vescicolite ed anche di sciatica.

È utile di vuotare il retto prima del massaggio, o spontaneamente, o mediante un clistere.

Se la prostata dà secrezione abbondante, il paziente durante il massaggio con una mano sosterrà un bicchiere al disotto del pene per raccoglierla.

Specialmente nel primo massaggio, bisogna badare alla possibilità che il paziente cada in deliquio, per poter provvedere a tempo. Alla prima sensazione di svenimento, è necessario che il paziente sia messo in posizione orizzontale per farlo rinvenire. A massaggio finito, egli si rialzerà a poco a poco.

In alcuni casi di prostatite ostinata, è utile l'introduzione di un suppositorio iodo-iodurato, seguìto da maneggio dolce per la durata di 5-7 minuti. L'azione del massaggio agevola l'assorbimento dello ioduro di potassio e dello iodio.

Le lavande calde rettali per mezzo di uno dei tanti psicrofori prostatici sono praticamente utili: si possono ripetere 2-3 volte al giorno, della durata di 15-20 minuti l'uno. Queste lavande, eseguite prima del massaggio, aumentano l'efficacia di quest'ultimo, permettendo di esprimere più facilmente il secreto prostatico.

Anche i suppositori anali possono riuscire di valido ausilio in questa cura. Un suppositorio con morfina e belladonna, introdotto dal paziente prima di recarsi a farsi praticare il massaggio, diminuisce l'irritabilità dell'organo e lo rende meno sensibile, rendendoci così più agevoli le manovre.

Dove non si può avere un psicroforo e gli apparecchi necessari a fare scorrere una corrente d'acqua calda, il paziente può iniettarsi nel retto una certa quantità d'acqua calda e trattenerla circa 10 minuti. Bisogna notare che in certi casi il retto non può sopportare le iniezioni ripetute di acqua calda, che possono produrre sintomi di irritazione intensa.

Nell'atonia prostatica non si tratta di infiammazione di quest'organo, nè nella sua secrezione sono contenuti prodotti flogistici. In essa tutta la prostata si presenta rilasciata, atonica; i suoi dotti sono dilatati e soltanto per l'esplorazione digitale della prostata fuoriesce dall'uretra una gran quantità di secrezione prostatica. Questi prodotti di secrezione sono normali o con caratteri catarrali.

I sintomi dell'atonia della prostata sono quasi identici a quelli della prostatite: soltanto sono più esagerati i caratteri sessuali: l'eiaculazione è precoce o precipitata.

La prostatorrea rappresenta uno stadio ulteriore dello sviluppo dell'atonia prostatica: in essa il secreto prostatico fuoriesce spontaneamente o alla fine della minzione o dopo la defecazione.

La cura dell'atonia prostatica e della prostatorrea in genere è la stessa di quella della pro-

statite. Il massaggio vi ha pure grande importanza. Ma invece delle irrigazioni di acqua calda, l'acqua fredda è di grande efficacia. In queste condizioni inoltre è utile la faradizzazione con l'elettrodo prostatico nel retto e l'altro elettrodo sulla sinfisi pubica.

P. SABELLA.

MEDICINA.

Varicosità della base del torace come segno precoce d'ipertensione portale.

(CH. MIRALLIE. *Arch. de Mal. de l'Appar. Dig. et de la Nutrit.*, 1° apr. 1915).

Sulla metà destra della base del torace, dell'appendice xifoide e della linea ascellare destra si disegna una serie di piccole ramificazioni venose che descrivono nel loro assieme una curva a concavità inferiore ed interna. Questo insieme di varicosità parte dalla base della xifoide, a livello del 6° spazio intercostale, si dirige in alto e in fuori, rimontando verso la linea mammillare sul 5° spazio o 5ª costola, quindi ridiscende in basso e in fuori per raggiungere la linea ascellare al 6° spazio o alla 7ª costola. L'estremità esterna è spesso più bassa che non l'estremità interna della curva, la quale guarda con la concavità in basso e in dentro verso l'ombelico.

Come varietà di questa linea fatta di varicosità l'A. descrive: una biforcazione o una triforcazione della sua estremità interna; la sovrapposizione di due serie di varicosità di cui la più alta è più accentuata; il prolungamento delle linee di varicosità fino alla metà sinistra del torace; infine l'estensione anche alla base di sinistra, dove la curva è un po' più alta ed assume l'aspetto concavo in dentro ed in basso così da costituire insieme con quelle di destra un S allungato trasversalmente. In generale le piccole varici sono più evidenti a destra che a sinistra: esse sono costituite da una serie di piccole arborizzazioni vascolari disposte a ventaglio con le branche rivolte verso l'alto; queste in numero di 4-5 sono di lunghezza di 2-1 1/2 cm., eccezionalmente di 6 cm.

L'A. pensa che esse rappresentano una dilatazione delle piccole radici delle vene diaframmatiche superiori ed inferiori; le quali oltre che comunicare fra di loro si anastomizzano con le vene esofagee tributarie della cava superiore, e col sistema portale. Le diaframmatiche superiori comunicano con le esofagee (anastomosi porto-cava superiore), le inferiori con la coronaria stomachica (anastomosi porto-cava inferiore). Quando la tensione portale aumenta e il sangue portato dalla porta cerca delle vie accessorie le radici delle vene diaframmatiche si dilatano per il cresciuto apporto di sangue e costituiscono così un segno precoce dell'ipertensione portale, di cui Gilbert e Villaret hanno dato una precisa descrizione.

L'A. in un anno ha potuto osservare il sintoma in circa 60 malati; i soggetti, perchè le varici siano evidenti, devono essere magri. In genere si tratta di uomini dai 30 ai 45 anni, alcoolisti, mangiatori, talvolta con intossicazione saturnina; la sifilide esisteva tre volte, una volta malaria.

I malati hanno pesantezza gastrica dopo i pasti, crampi, bruciore talora con rigurgito acido, flatulenza, meteorismo.

Il fegato in generale è diminuito di volume, talora aumentato: l'A. ha potuto seguire l'involuzione fino alla cirrosi di fegati ipertrofici: subittero, qualche volta diarrea con alternative di costipazione.

La sindrome completa di ipertensione portale raramente si osserva: esiste talora pollacuria notturna, emorroidi, epistassi, emorragia intestinale.

In alcuni casi si associano segni più evidenti come reticolo venoso dei quadranti inferiori o mediani dell'addome, talora si ha tumore di milza, talora si associano i segni dell'ipertensione arteriosa.

Il segno delle varicosità della base toracica però rappresenta agli occhi dell'A. un sintoma precoce, e perciò degno di esser conosciuto e diligentemente ricercato.

PONTANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 15 gennaio 1915.

BOBBIO. *Considerazioni su 105 operazioni di gozzo.* — I dati statistici della casistica dell'A. così possono essere suddivisi: 1° interventi per gozzi benigni, n. 85; 2° interventi per gozzi maligni, n. 13; 3° interventi per strumiti croniche, n. 2; 4° interventi per morbo di Basedow, n. 5.

1° Degli 85 gozzi benigni, 43 erano parenchimatosi, 29 cistici di cui 6 a carattere emorragico, 12 parenchimatoso-cistici e 1 calcificato. Su 85 operati si ebbero 2 morti, una bambina di 5 anni morta per shok, con notevole ipertrofia del timo, ed un vecchio di 62 anni in cui l'in-

tervento fu molto laborioso e si ebbe una discreta emorragia post-operatoria.

2° Dei 13 casi di gozzo maligno, 6 morirono in un tempo variabile da 3 a 30 giorni dopo l'atto operativo, 7 lasciarono l'ospedale ma di essi 6 morirono con segni di recidiva e di cachessia da due a sette mesi dopo; uno solo è tuttora vivente e sano dopo due anni dall'atto operativo. In questi casi l'operazione fu sempre grave e indaginosa.

3° I 2 casi di strumiti croniche guarirono.

4° Dei 5 casi di malattia di Basedow, in 2 si ebbe colla esportazione del gozzo la scomparsa dei sintomi basedowiani, nel terzo con l'emitiroidectomia di un lato e legatura delle tiroidee dell'altro non si ebbero che lievi miglioramenti ma duraturi, nel quarto con la semplice legatura delle tiroidee di un lato si ebbe la morte, nel quinto l'emitiroidectomia e la legatura delle tiroidee fecero scomparire del tutto i sintomi basedowiani.

Seduta del 22 gennaio 1915.

CASAZZA. *Sulla frequenza delle complicazioni polmonari dopo l'intubazione e dopo la tracheotomia.* — L'A. ha riunito i dati statistici delle intubazioni e delle tracheotomie eseguite nell'ospedale « Amedeo di Savoia » di Torino per le malattie infettive dal 1900 al 1914.

Sono 1270 intubazioni e 133 tracheotomie; le broncopolmoniti dopo l'intubazione si ebbero nel 18.1 %, dopo la tracheotomia nel 31.5 % dei casi.

L'A. non crede che la maggior frequenza delle broncopolmoniti dopo la tracheotomia sia dovuta alla entrata diretta di aria fredda, polvere, ecc. nell'albero respiratorio, ma piuttosto all'assorbimento rapido di tossine difteriche attraverso alla ferita tracheale; infatti la broncopolmonite dopo la tracheotomia si sviluppa molto più precocemente che dopo l'intubazione.

DATTA. *Ricerche serologiche nella tubercolosi.* — L'A. ha praticato su 15 individui clinicamente non tubercolotici e su 60 tubercolotici in gran parte polmonari in varî stadî, pleuriti specicifiche, polisierositi e meningiti tubercolari, la cutireazione, la reazione agglutinante, la reazione precipitante e la reazione di fissazione del complemento con due antigeni: tubercolina vecchia ed emulsione di bacilli tubercolari.

Dal complesso delle ricerche risulta che la prova più frequentemente positiva è la cutireazione; seguono poi la fissazione del complemento, la precipitazione e ultima l'agglutinazione.

La cutireazione, la reazione agglutinante e la reazione precipitante, in generale decorrono parallele e riescono positive nelle forme meno gravi; la reazione di fissazione, non senza eccezioni, è più di frequente positiva nelle forme meno gravi e con lesioni che, pure decorrendo con condizioni generali discrete, sono di antica data.

Degli antigeni usati per la reazione, la tubercolina è più sensibile della emulsione bacillare, forse meno specifica; la tubercolina ottenuta con bacilli coltivati nel brodo all'uovo proposto da Besredka come antigene non dimostra dei vantaggi su quella vecchia di Koch.

MORPURGO. *Su una forma di pseudoleucemia dei topolini.* — L'A. ha potuto osservare alcuni casi di una forma di malattia dei topolini che ricorda quella descritta da alcuni AA. sotto il nome di linfomi, linfosarcomi, ecc. e che egli ritiene doversi ascrivere alle pseudoleucemie. Dal reperto macroscopico risulta trattarsi di una malattia sistematica dell'apparato linfatico con formazione di infiltrati più o meno estesi nella milza, nel fegato e in altri organi e specialmente nel rene.

L'esame microscopico rivela la presenza di cellule simili ai linfoblasti, alle quali sono commisti alcuni elementi della serie midollare e globuli rossi nucleati. La localizzazione primitiva e prevalente è sempre intorno ai vasi sanguigni sopratutto nelle avventizie. L'A. suppone che l'infiltrato derivi dalle cosidette cellule avventiziali, dalle quali si differenziano oltre che elementi linfoidi anche elementi della serie midollare. Ha tentato di riprodurre la malattia in topolini dello stesso allevamento ed ha trovato, dopo un tempo molto lungo, in alcuni dei topolini ai quali erano state iniettate polpe di organi pseudoleucemici delle alterazioni analoghe a quelle dei topi malati spontaneamente.

Nulla può affermare sull'eziologia della malattia, data la relativa rarità dell'esito positivo dell'esperimento e la mancanza del reperto di un agente caratteristico.

Le culture batteriologiche diedero, in un caso, lo sviluppo di uno streptococco, al quale l'A. non attribuisce importanza essendo appunto in quel caso suppurata una delle ghiandole inguinali, e non essendo riuscito di riprodurre la malattia pseudoleucemica mediante le culture del detto streptococco.

Nei casi esaminati esisteva sempre l'infezione dei reni con la *klossiella muris.*

PIETRO SISTO.

Pubblicheremo prossimamente:

GUCCIARDELLO S., *Plastica del padiglione dell'orecchio;*

IRACI E., *Mola vescicolare in parto bigemino teratologico.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Ematomielia traumatica senza lesione vertebrale.

L'ematomielia d'origine traumatica è generalmente la conseguenza di un traumatismo diretto della colonna vertebrale: caduta o colpo violento determinante una frattura o una lussazione delle vertebre. Ma essa può prodursi anche per un colpo o contraccolpo senza che perciò si produca una lesione vertebrale: caduta sul dorso, sul coccige, sugli arti inferiori, colpo diretto sulla colonna vertebrale. Questi casi, alcuni dei quali furono descritti da Winkler e Iochmann sotto il nome di *lesioni midollari per via indiretta,* sono molto rari e sopra tutto fa difetto nei casi pubblicati il controllo anatomo-patologico.

Allegri pubblicò nel 1912 su questo giornale un caso di ematomielia centrale da trauma indiretto e mise in rapporto la rottura dei vasi midollari in seguito ad un non grave colpo a distanza con lo stato emofiliaco della paziente. Rumpf spiega queste ematomielie con uno stiramento dei nervi.

L'ematomielia può manifestarsi qualche ora ed anche qualche giorno dopo il trauma. Fikler ammette la esistenza di un'apoplessia tardiva midollare analoga all'apoplessia tardiva post-traumatica cerebrale.

Sperimentalmente l'ematomielia traumatica senza lesioni vertebrali con colpi diretti ed indiretti è stata provocata in differenti animali da Westphal, Bickeles, Schniaus, Kirchgässer e Jakob.

Glaude e Loyez (*L'encéphale,* 1914, n. 5) hanno studiato anche anatomicamente un caso di ematomielia verificatosi in un giovane caduto dall'altezza di 5 metri. All'esame clinico, radiologico ed all'operazione non si trovarono tracce di lesioni vertebrali ed i precedenti del soggetto come l'esame istologico fecero escludere uno stato emofiliaco o una qualsiasi alterazione delle pareti vasali.

Un punto importante che gli AA. mettono in evidenza è la vaso-dilatazione paralitica all'infuori del focolaio emorragico. È possibile che questa vaso-dilatazione abbia una certa importanza nelle commozioni midollari i cui sintomi spariscono rapidamente senza che perciò possa pensarsi alla esistenza di lesioni organiche definitive. Così nelle forme gravi di ematomielia, questa vaso-dilatazione precede forse la emorragia e la determina. È senza dubbio la rottura tardiva dei vasi distesi in seguito ad un trauma che spiega la apoplessia tardiva.

Dal punto di vista clinico i fatti più importanti furono: l'abolizione completa dei riflessi tendinei al di sotto della lesione, la scomparsa dei riflessi addominali contrastante con la presenza dei riflessi cremasterici, assenza del segno dell'estensione dell'alluce. Questa sintomatologia fece pensare ad una compressione del midollo equivalente ad una sezione del midollo ed indusse i chirurgi ad intervenire: ma non si trovò alcuna lesione delle vertebre. D'altra parte la estensione considerevole del focolaio emorragico equivaleva quasi ad una sezione del midollo.

La diagnosi differenziale tra le ematomielie traumatiche senza alterazioni vertebrali e le compressioni midollari è molto difficile tenuto presente sopra tutto il fatto che le fratture vertebrali possono sfuggire all'esame diretto ed anche all'esame radiologico.

Le difficoltà e l'importanza del problema aumentano sopra tutto dal punto di vista medico-legale quando nell'assenza di ogni lesione ossea bisogna giudicare se si tratti di forme puramente funzionali o di forme in rapporto a focolai emorragici midollari, che come abbiam visto possono prodursi anche per traumi indiretti e non gravi.

DR.

Il riflesso di prensione.

Ianischewsky fin dal 1909 in un individuo affetto da paralisi agitante con sindrome pseudobulbare aveva osservato un curioso fenomeno cui egli diede il nome di *riflesso di prensione.* Il malato non poteva spontaneamente stringere la mano che molto lentamente e come superando una grande resistenza: ma viceversa egli poteva eseguire lo stesso movimento con grande rapidità se la mano dell'osservatore passava dolcemente sulla palma della mano dell'infermo tra la base del pollice e quella delle altre dita. Il pugno del paziente si serrava strettamente sulla mano dell'osservatore e la stringeva ancora più forte ad ogni tentativo che si faceva per ritirarla. Evidentemente questo movimento è di natura riflessa.

Lo stesso Ianischewsky (*Revue neurologique,* 1914, n. 10) ha constatato lo stesso fenomeno in un individuo affetto da emiplegia sinistra con accessi epilettiformi da tumore cerebrale. L'eccitazione della pelle della mano sinistra e forse anche la pressione sulle masse muscolari sot-

tostanti produceva la flessione delle dita coordinata all'atto della prensione. Qualche volta il movimento non si produceva che in seguito ad eccitazioni ripetute, quando cioè si aveva la somma dei loro effetti. Esso rappresentava un atto motore involontario: infatti esso divenne tanto più intenso quando più si riducevano i movimenti volontarî, si produceva con minore prontezza ed evidenza quando questi ultimi miglioravano e diveniva sempre più marcato a misura che il processo morboso progrediva.

Il riflesso di prensione ricorda in ogni particolare la prensione di tutti gli oggetti portati sulla palma della mano di un neonato: se non che mentre in questo caso il fenomeno è puramente fisiologico, negli adulti assume un carattere patologico indice di una lesione organica dell'encefalo.

Le osservazioni fatte dall'A. in molti casi di encefalopatie condurrebbero alle seguenti conclusioni:

1° Il riflesso di prensione appare quando esiste esagerazione dell'attività riflessa in seguito a diminuzione dell'attività volontaria della corteccia cerebrale;

2° Tali condizioni si verificano nel corso della paralisi agitante a forma spasmodica ed in seguito a lesioni chiaramente organiche dell'encefalo;

3° Il centro del riflesso della prensione è rappresentato dai grandi nuclei sotto-corticali, probabilmente dal talamo ottico;

4° Il riflesso della prensione può essere utilizzato per svelare una lesione localizzata nel lobo frontale al disopra dei centri sottocorticali.

DR.

Il riflesso del femore.

I riflessi ostei-periostei che più frequentemente sono adoperati a scopi semiologici sono quelli dell'arto superiore: il riflesso cubitale, il radiale, l'olecranico. Quelli degli arti inferiori sono ordinariariamente trascurati.

D'Onghia (*Folia medica,* 1915, n. 3) ha studiato un nuovo riflesso che si provoca percuotendo il femore, e che perciò egli chiama riflesso femorale. S'invita l'individuo seduto a poggiare la pianta del piede sulla traversa di una sedia o su di un sostegno trasversale qualsiasi in modo che il piede stesso faccia un angolo acuto con la gamba, e questa a sua volta sia piegata ad angolo leggermente acuto sulla coscia. Si percuote allora il femore nel suo terzo inferiore con un martello da percussione, preferibilmente quello pesante di Dejerine, si avrà così un rimbalzo più o meno brusco di tutto l'arto prodotto dalla rapida contrazione del tricipite surale. La reazione è anche più sensibile se la percussione è fatta sul condilo interno del femore.

Lo stesso riflesso si può provocare anche in altro modo, facendo cioè sedere l'individuo sull'orlo di una sedia, con l'arto che si desidera esplorare flesso e leggermente abdotto ed il piede corrispondente avvicinato alla sedia stessa, in modo che il tallone tocchi appena il movimento. Dando allora il solito colpo sul femore o sul condilo interno si avrà con questo metodo il caratteristico rimbalzo dell'arto per quanto meno vivace.

La localizzazione del riflesso femorale nel midollo deve essere naturalmente molto prossima a quella del riflesso del tendine di Achille, e cioè tra il 5° segmento lombare ed il 2° sacrale, dove appunto risiede anche il centro del movimento di flessione plantare del piede.

DR.

TERAPIA.

L'alterabilità delle soluzioni acquose di atropina.

È evidente la necessità di avere soluzioni di solfato neutro di atropina, sull'efficacia delle quali si possa sicuramente contare, quando si rifletta che in terapia a piccolissime dosi di questo farmaco si chiedono servizi di importanza vitale, come allorchè si tratta di combattere gli avvelenamenti da muscarina, pilocarpina, eserina, morfina, o si affida ad un milligrammo di atropina la funzione delicata di impedire l'arresto del cuore o il vomito all'inizio della cloroformizzazione.

Eppure è noto che l'atropina, se soggiorna a lungo nell'acqua, si scinde per fenomeno di idrolisi in acido tropico e trofina, che sono inattivi.

Il Simon (*Gazz. degli Osp. e delle Cliniche,* n. 2, 1915) ha istituito una serie di ricerche per vedere in quanto tempo le soluzioni acquose di atropina divengono incapaci di produrre, nella dose minima, la paralisi delle terminazioni nervose intracardiache del vago del coniglio.

Egli ha visto che « dopo tre giorni dalla sua preparazione una soluzione acquosa di solfato neutro di atropina, anche quando sia sterilizzata, è così alterata che non solo la dose minima atta a paralizzare il vago è divenuta insufficiente, ma non si raggiunge questo intento neanche con dosi assai superiori ».

Non ha importanza a questo riguardo l'osservazione che il coniglio è un animale poco sensibile all'atropina, poichè l'esperienza di-

mostra che la dose minima di atropina è, proporzionalmente, abbastanza eguale per l'uomo e pel coniglio.

Si deve dunque concludere che le soluzioni di solfato neutro d'atropina per uso ipodermico non devono essere preparate da più di due giorni al massimo.

Praticamente, per ragioni ovvie, questo non si può pretendere dal commercio farmaceutico: non resta allora che consigliare di tener sempre pronte invece delle soluzioni belle e fatte, due tubi sterilizzati e chiusi, contenenti l'uno il sale e l'altro l'acqua, in proporzioni capaci di dare una soluzione 1 per mille, la qual cosa si potrebbe ottenere, per esempio, tenendo, in un tubo da 10 cmc., gr. 0.01 di solfato di atropina ed in un altro gr. 10 di acqua, da versare nel primo, al momento opportuno.

G. SABATINI.

Il bicloridrato di chinino nella scarlattina.

L'azione tossica esercitata sul cuore e sui reni ha fatto abbandonare nella terapia della scarlattina l'uso degli antipiretici. A questa regola farebbe eccezione, secondo lo Chichkine (*Vratchebnaïa Gazeta*, 9 II 1914) il bicloridrato di chinino, somministrato ipodermicamente in soluzione acquosa al 30 %. L'autore russo ne inietta un decimo di siringa del Pravaz (equivalente a 3 cgr. di sale) nei bambini di 1-2 anni di età ed aumenta di un decimo di siringa per ogni due anni di età in più.

Secondo lo Chichkine una sola iniezione sottocutanea al braccio produrrebbe una rapida defervescenza ed un decorso più benigno del male.

G. SABATINI.

La « dahlia » nelle infezioni locali.

In « The American Journal of the Medical Sciences » (maggio 1915), il dott. J. Ruhräh vanta l'uso del colore d'anilina « dahlia » nella cura delle infezioni locali superficiali delle mucose e della cute. Il rimedio è fornito dalla Ditta Merck e Co. nord-americana.

Può usarsi in soluzione concentrata (4 %); per la bocca rispondono bene anche le soluzioni molto diluite (1 per mille ad 1:10,000), per gargarismi. Se ne otterrebbero risultati buonissimi in molti casi di ulcerazioni orali (p. es. delle gengive, delle tonsille), ulcerazioni cutanee torpide (per es. ulcere vaccinali lente a guarire), eczemi cronici ed acuti, erpeti, tigna tonsurante, foruncolosi, sicosi, ecc. Alcuni casi però resisterebbero al trattamento.

Il rimedio presenta varî vantaggi: non è doloroso, non è irritante, mostra un marcato potere antisettico. Unico inconveniente ne è il colore, che però può essere allontanato da molti oggetti mediante un semplice lavaggio con acqua fredda.

R. B.

Elixir purgativo.

Moure consiglia:

Sp.:

Scammonea . . .	ana gr.	2
Gialappa		
Rabarbaro. . . .	ana gr.	1
Nitrato di potassa		
Zucchero	gr.	25
Alcool a 18°	»	100

S. 1-2 cucchiai in un po' d'acqua alla sera prima d'andare a letto.

(*Gazz. degli Osp. e delle Clin.*).

G. SABATINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(502) *Sulla vaccinazione antitifica* — Le resterei tenutissimo se volesse farmi conoscere, a mezzo della « Posta degli abbonati », la tecnica della vaccinazione antitifica.

Anticipandole i più sentiti ringraziamenti Le invio distinti ossequi.

Dev.mo Dott. M. Gianni.

La vaccinazione antitifica si pratica presso il nostro Esercito iniettando nel sottocutaneo a brevi intervalli di tempo (da 7 a 10 giorni) un centimetro cubico di emulsione in soluzione fenolica di bacilli di Eberth previamente uccisi col calore.

La densità dell'emulsione, in altri termini la quantità dei bacilli, è in dose progressivamente crescente e le fialette contenenti il vaccino a seconda che esso deve servire per la prima, per la seconda o per la terza iniezione sono contrassegnate da un'etichetta rispettivamente bianca, verde e rossa.

Il luogo di elezione per l'iniezione è la regione sottoclaveare, alternando nelle iniezioni la regione sinistra con la destra.

Alcuni, per non ripetere la terza iniezione nella stessa regione ove fu fatta la prima, consigliano di farla nella regione ipocondriaca, oppure nella regione posteriore della spalla, al margine interno del deltoide, ma l'esperienza ha dimostrato che le iniezioni praticate in que-

ste regioni, per poca reazione che diano, sono assai incomode e dolorose.

Si deve naturalmente evitare di penetrare con l'ago nel derma, oppure sotto l'aponevrosi e fra le masse muscolari.

Il liquido si deve iniettare lentamente, ed il massaggio deve essere assai leggero e limitato al punto di penetrazione dell'ago.

Praticamente dovendo vaccinare molte persone in una volta è bene disporre di un certo numero di aghi di medio calibro che si fanno sterilizzare con l'ebollizione, insieme alla siringa che deve essere tutta di vetro (tipo Luër).

Si può così, con l'aiuto di una pinza sterilizzata, cambiare l'ago per ogni individuo che si vaccina. La cute viene, avanti l'iniezione, disinfettata con la tintura di iodio, ed è bene pennellare anche con la tintura di iodio l'esterno del collo della fiala contenente il vaccino, prima di romperlo.

Si consiglia di praticare la vaccinazione nelle ore pomeridiane, perchè così la reazione generale, che in qualche caso si ha, passa inavvertita durante la notte; molti autori prescrivono anche di non fare uso di alcoolici durante la giornata della vaccinazione.

Sarà bene altresì astenersi dal vaccinare individui affetti da malattie croniche infettive (malaria, tubercolosi, ecc.) o sofferenti di lesioni renali.

All'infuori di questi casi, la vaccinazione è assolutamente innocua e nei 2500 granatieri da me vaccinati non ho avuto a lamentare il minimo inconveniente, come del resto è avvenuto per l'intero Esercito che, come si sa, è stato tutto vaccinato.

Nella generalità dei casi si ha localmente una leggera tumefazione pastosa e dolente con un lieve arrossamento della cute sovrastante, che, iniziandosi dopo quattro o cinque ore, scompare in genere dopo un giorno. Per solito tale reazione locale è di minore intensità nella prima vaccinazione ed è alquanto più intensa nella seconda, e più ancora nella terza, e penso ciò esser dovuto alla sempre maggior percentuale di germi che contengono le tre iniezioni vaccinali.

Si tratta però sempre di fenomeni molto limitati ed assai difficilmente si giunge al risentimento delle glandole ascellari, così comune nella vaccinazione antivaiolosa.

La reazione generale è poi quasi sempre minima, e nel più dei casi passa inosservata. In rari casi (in media il 2 %) si ha qualche ora di febbre, senso di spossatezza, cefalalgia, fenomeni tutti che cessano completamente dopo 24 od al massimo 48 ore. Contrariamente a quello che avviene per la reazione locale, nei casi da me osservati, la reazione generale, quando vi è stata, è andata quasi sempre diminuendo di intensità dalla prima all'ultima vaccinazione (assuefazione?).

Del resto i fenomeni locali della vaccinazione non hanno alcun rapporto con quelli generali, poichè spesso a reazioni locali minime o nulle corrispondono reazioni generali di una certa intensità, e viceversa.

Durante la reazione vaccinale negli individui che presentarono fenomeni generali più intensi, l'esame metodico delle urine, praticato in molti soggetti, non ha dimostrato altre alterazioni che quelle che comunemente danno i fatti febbrili. Solo in qualche caso ho constatato lievi traccie di albumina, rapidamente scomparse negli ulteriori esami.

L'osservazione del sangue dimostra poi, nel più dei casi, una lieve leucocitosi 24 ore dopo la vaccinazione, con predominio dei polinucleati neutrofili.

A vaccinazione ultimata il potere agglutinante del sangue pel bacillo di Eberth sale a tale quota (1:50-1:60), nel più dei casi, che è ormai notorio come sia inutile praticare negli individui vaccinati la sierodiagnosi a scopo diagnostico.

Capitano medico dott. G. MENDES.

(503) Quale è il mezzo migliore pratico, meccanico-chimico, per ottenere la *disinfezione d'una vasca da bagno?*

Nei bagni pubblici delle città principali, qual mezzo è più in uso per la disinfezione? (Le vasche sono in cemento graniglia).

Grazie.

Dott. Bobini.

Suggeriamo il latte di calce. Basta farlo agire per breve tempo (ad esempio una quindicina di minuti); poi si deve asportarlo, per evitare che l'anidride carbonica dell'aria lo trasformi in carbonato di calce, il quale può dare delle incrostazioni.

Si può stenderlo ed asportarlo mediante un grosso pennello da muratore.

V.

Il fascicolo di giugno della nostra Sezione chirurgica conterrà i seguenti lavori:

1. Dott. F. BONOLA. *La corea di Sydenham malattia organica.*
2. Dott. F. ALZONA. *Della paralisi periferica dell'ipoglosso.*
3. Dott. L. MURATORI. *Costa cervicale pseudo-sopranumeraria bilaterale. Ipoplasia unilaterale a tipo radicolare, di alcuni gruppi muscolari del cinto scapolare destro.*

MEDICINA SOCIALE.

La calcolosi biliare e l'assicurazione-vita.

Le statistiche fatte dagli anatomo-patologici in base alle sezioni cadaveriche, dimostrano la grande diffusione della calcolosi biliare.

Infatti lo Schroeder su 1150 autopsie fatte all'Ospedale di Strasburgo trovava 141 casi di calcolosi biliare, cioè il 12 % e Charcot trovava che un quarto dei vecchi da lui sotoposti all'autopsia era affetto da calcolosi biliare.

Le statistiche fatte in base all'osservazione clinica, dimostrano invece una frequenza molto minore di questa malattia.

Dalle statistiche degli Ospedali di Roma risulta che nel 1908 su 28,160 maschi ricoverati si sono avuti 28 malati di calcolosi biliare con una percentuale del 0.13 %, e su 21,639 femmine 106 malate con una percentuale del 0.48 %.

Nel 1909 su 28,990 maschi, 60 malati di calcolosi biliare con una percentuale di morbilità del 0.20 % e su 23,711 femmine 112 malate con una percentuale del 0.47 %.

Nel 1910 su 25,506 maschi 42 malati con una percentuale di morbilità del 0.16 %, e su 21,688 femmine 110 malate con una percentuale di morbilità del 0.50 %.

Si potrebbe obbiettare che coloro che fanno ricorso agli ospedali appartengono alle classi sociali meno abbienti e secondo alcuni autori (Krauss) la calcolosi biliare sarebbe più frequente nelle classi agiate, sebbene il Kehr afferma, per sua esperienza, che tale malattia è soprattutto frequente nelle classi povere.

Ad ogni modo è dimostrato che la presenza di calcoli nella vescichetta biliare e generalmente anche nei grossi condotti della bile può esistere essendo completamente silenziosa. Solo in un decimo dei casi secondo Naunyn o in un ventesimo secondo il Riedel si hanno sintomi più o meno conclamati della malattia.

Il Riedel calcolava che nell'Impero tedesco circa due milioni di abitanti erano affetti da calcoli biliari, ma che il 95 % soffriva di forma latente e soltanto il 5 % presentava disturbi.

Gli ammalati di calcolosi biliare si possono dividere in 3 gruppi:

1° coloro i quali soffrono di calcolosi biliare silenziosa e di cui si fa diagnosi di calcolosi solo all'autopsia in seguito a morte per altre malattie;

2° coloro i quali soffrono di disturbi vaghi che vengono addebitati agli organi viciniori;

3° coloro i quali sono colti da attacchi di colica epatica che dà al medico il modo di fare la diagnosi della malattia.

Sorvolando sulla patogenesi e della malattia e della colica epatica, si può affermare che la calcolosi biliare, rara al di sotto dei 20 anni, diventa sempre più frequente col crescere dell'età.

Da una statistica di 1000 casi compilata dall'Harley risulta che 750 volte è stata riscontrata in individui al disopra dei 40 anni (75 %), 200 volte in individui tra i 30 e i 40 anni (20 %), 40 volte in individui fra i 20 e i 30 anni (4 %), 10 volte al di sotto dei 20 anni (1 %).

Il sesso più colpito è il sesso femminile.

Stein su 620 casi di calcolosi registra 377 donne (61 %) e 243 uomini (39 %). Secondo Kehr la proporzione è di 4 donne ad un uomo.

Abbiamo visto già come dalle statistiche degli Ospedali di Roma sia risultata una percentuale di morbilità nel 1908 del 0.13 % per i maschi e del 0.48 % per le femmine; nel 1909 del 0.20 % per i maschi e del 0.47 % per le femmine; nel 1910 del 0.16 % per i maschi e del 0.50 % per le femmine.

Questo fatto serve ai sostenitori della teoria che la calcolosi biliare sia dovuta alla stasi della bile nella cistifellea, giacchè essi giustificano la stasi biliare nelle donne dovuta al vestito antigienico (busto stretto, cinture, ecc.) e alle compressioni da gravidanze. Nei vecchi, nei quali come abbiamo visto la calcolosi è più frequente, la stasi sarebbe dovuta alla ipotonia delle fibre muscolari della cistifellea la quale non riuscirebbe così a vuotare il suo contenuto.

Anche la ereditarietà è stata chiamata in causa. Il Riedel ammette una ereditarietà diretta della litiasi biliare. Il Dufourt afferma di avere riscontrato l'ereditarietà materna della calcolosi nel 20 % dei casi.

Gli autori francesi ritengono che l'artritismo prepari il terreno alla litiasi biliare.

La costituzione dell'individuo e specialmente l'obesità predispone secondo alcuni alla malattia. Bouchard su 1000 infermi di litiasi biliare ha riscontrato 242 volte la obesità e viceversa su 1000 obesi ha trovato 92 volte la litiasi biliare. Anche il Cardarelli dà grande importanza alla polisarcia ed il Grocco rileva la frequente concomitanza della calcolosi biliare con le malattie del ricambio materiale. Bouchard ha trovato che il 10 % dei suoi diabetici erano affetti da calcolosi biliare. Nörden il 2.3 %.

Il genere di vita, vita sedentaria, è stato accusato di favorire la calcolosi biliare.

La sede della formazione dei calcoli nel massimo numero dei casi è la cistifellea dalla quale provengono i calcoli che si trovano nel coledoco e nel cistico, ma possono di rado formarsi cal-

coli nell'epatico e nei condotti biliari (litiasi intra-epatica).

Abbiamo visto come la calcolosi può passare completamente silenziosa per tutta la vita. Nel maggior numero dei casi essa dà disturbi a carico degli organi viciniori e specialmente allo stomaco manifestandosi con dolore alla regione gastrica, dispepsia, crampi, vomito, qualche volta anche ematemesi.

Anche l'ittero non è un sintomo frequente. Esso infatti, secondo il Kehr, si riscontra solo nel 10 % dei casi e manca nel 90 %, e secondo il Gibbon manca nell'80 % dei casi.

Quando l'ittero è presente si manifesta per prima sulla congiuntiva e di poi sulle regioni ove la pelle è più sottile e più vascolarizzata e cioè alla regione della plica naso labiale, alla fronte ed al lato flessorio delle estremità.

La colica biliare con la sua sintomatologia caratteristica, è quella che porta alla diagnosi di calcolosi.

Non è qui il caso di discutere se la colica epatica sia dovuta ad un'infezione. L'accesso di colica biliare può durare da poche ore a qualche giorno; seguono periodi di calma più o meno completa; si può ripetere a breve distanza di tempo, alle volte a distanza di anni; può anche non più ripetersi.

A prescindere dalla possibilità di morte per sincope sotto l'attacco di colica epatica, accenniamo brevemente alle complicazioni cui può dare luogo la calcolosi biliare.

Le colecistiti catarrali; l'empiema della cistifellea; la colecistite settica o perforativa con peritonite diffusa. In genere le perforazioni nella cavità peritoneale sono rare giacchè formano barriera gli ispessimenti dovuti a peritoniti localizzate o alle aderenze che la cistifellea contrae con gli organi vicini.

Il Riedel afferma infatti che nel 75 % dei casi si stabiliscono aderenze con gli organi vicini, nè queste sono innocue.

Mi piace riferire il caso pubblicato dal professor Marchiafava di un uomo di 65 anni il quale non aveva mai sofferto di itterizia; fu internato nell'ospedale per grave deperimento generale, sintomi di gastrectasia e vomiti frequenti tanto da non tollerare più alcuna alimentazione; dopo pochi giorni morì. L'autopsia dimostrò una pericolecistite calcolosa la quale, avendo prodotto adesione del piloro alla cistifellea, aveva determinato la morte per inanizione.

Non sono infrequenti le fistole tra la vescichetta biliare e lo stomaco, tra la vescichetta biliare e il duodeno, tra la vescichetta biliare e il colon e consecutivo passaggio dei calcoli della cistifellea negli organi suddetti per cui si può verificare incuneamento dei calcoli nel piloro e nel duodeno producendo stenosi pilorica o anche occlusione intestinale.

Per incuneamento del calcolo nel condotto cistico si può determinare idrope della cistifellea.

Sono rare le cirrosi epatiche litogene, ma la colelitiasi è fattore importante dell'angiocolite suppurativa, dell'ascesso sub-frencio cui può seguire pleurite meta-epatica.

Inoltre non è raro vedere lo sviluppo dei cancri in cistifellee calcolose.

La mortalità per calcolosi biliare in Italia (V. « Cause di Morte » pubblicate dal Ministero di Agr. Ind. e Comm.), dal 0.15 per mille nel 1896 è venuta sempre progressivamente aumentando salvo lievi oscillazioni fino al 0.37 per mille nel 1911.

Esaminando la mortalità per litiasi biliare nelle varie regioni d'Italia nel 1910 si riscontra che la maggiore mortalità si è verificata nel Veneto (2.72 per mille), cui segue la Toscana (2.60 per mille), l'Emilia (2.56 per mille), la Campania (1.74 per mille), la Lombardia (1.68 per mille), la Liguria (1.49 per mille). Il minimo di mortalità si è verificata nella Basilicata (0.27 per mille), nelle Puglie 0.38 per mille), nell'Umbria (0.46 per mille).

Nel 1911 la maggior mortalità si è verificata nell'Emilia (4.05 per mille), cui segue la Toscana (3.95 per mille), la Lombardia (1.79 per mille), il Veneto (1.54 per mille), le Marche (1.52 per mille) con un minimo nell'Umbria (0.30 per mille).

Dalle statistiche degli Ospedali di Roma risulta che nel 1908 la mortalità dei ricoverati per calcolosi biliare è stata dell'11 % per i maschi e del 4 % per le femmine; nel 1909 del 5 % per i maschi e del 6 % per le femmine; nel 1910 del 2 % per i maschi e del 6 % per le femmine. Mentre nel 1909 e 1910 la percentuale di mortalità è stata più alta per le femmine, invece nel 1908 si è verificato il caso inverso. Questo fatto può giustificarsi ricordando ciò che lo stesso Kehr afferma e cioè che le operazioni riescono sempre più gravi negli uomini che nelle donne.

Esaminando i sinistri dell'*Adriatica* degli anni dal 1905 al 1913 su di un totale di 6760 morti, si sono verificati 29 casi di calcolosi biliare (0.42 %), dei quali 3 soli verificatisi in Italia. E la mortalità per la calcolosi biliare è aumentata negli ultimi anni tanto che mentre nel 1905 fu di 4 casi su 639 morti (0.62 %) nel 1911 è stata di 8 casi su 809 morti (0.98 %).

Il dott. Bardht, medico di revisione della « Società di assicurazione sulla vita Lipsia » al 3° Congresso internazionale dei medici di Compa-

gnie di assicurazione tenuto a Parigi dal 25 al 28 maggio 1903 affermava che la litiasi biliare era stata molto raramente causa di morte nella sua Compagnia di assicurazione sulla vita di Lipsia e durante un periodo di 12 anni su 10,048 casi di morte, solamente 17 erano dovuti alla calcolosi biliare con una percentuale quindi dai 16 ai 17 per 10,000. Ed anche egli aggiunge che la mortalità per litiasi biliare degli ultimi 6 anni era stata 3 o 4 volte più alta che nei 6 anni precedenti, essendosi elevata dai 7 ai 26 casi per 10,000. Nè si poteva spiegare questo aumento di mortalità con la maggiore frequenza degli interventi chirurgici, giacchè dei 17 assicurati morti per litiasi biliare 5 soli erano stati operati: durante i primi 6 anni 1 su 3 casi, e durante gli ultimi 6 anni 4 su 14. Nessuno dei 17 assicurati morti aveva, all'epoca dell'assicurazione, dichiarato di avere sofferto di coliche epatiche.

Anche la Compagnia Germania di Stettino, aveva negli ultimi 12 anni (1890-1901) lo stesso numero dei morti, con una percentuale nel primo sessennio di 24 per 10,000, nel 2° sessennio di 48 per 10,000.

Il medico fiduciario, facendo l'anamnesi degli assicurandi, deve sempre indagare se vi sono stati sintomi da far sospettare una calcolosi biliare, ricordando specialmente la sede del dolore della colica epatica nel punto cistico del Flemming e la irradiazione di esso all'epigastrio ed alla spalla destra. Nel caso l'assicurando affermi di avere sofferto di colica epatica, il fiduciario deve stabilirne l'epoca nella quale l'assicurando soffrì di colica epatica, la intensità, e se si ripetette con quale frequenza ed in quale epoca si ebbe l'ultima manifestazione. Se l'assicurando fu operato il fiduciario deve stabilire se vi fu la colecistectomia ovvero in che consistette l'operazione subìta e se dopo l'operazione ha sofferto recidive ed in quale epoca.

Il Riedel afferma di non aver mai visto recidive dopo l'operazione, altri parlano di recidive di disturbi non dovuti a riproduzione di calcoli. Ad ogni modo vi sono dei casi in cui certamente si può parlare di riproduzione di calcoli. Il Gibbon anche recentemente afferma di essere stato costretto ad un secondo intervento solo due volte: in un caso trovò un solo calcolo che egli pensa possa essergli sfuggito nella prima operazione durante la quale ne aveva asportati 137; in un secondo caso ne trovò 21 che certamente non potevano essergli sfuggiti nella prima operazione durante la quale ne aveva tolti 69.

All'esame obbiettivo il fiduciario si accerterà dell'assenza dell'ittero, e, per l'esame del fegato, sarà utile far sdraiare l'assicurando su di un tavolo, come consiglia il Kehr, e ponendosi alla destra dell'assicurando palpare con la mano destra la regione della cistifellea, mentre la sinistra, posta a piatto sotto il dorso in corrispondenza della regione renale di destra, solleva il fegato in alto. Così si potrà constatare facilmente se vi è tumefazione nella regione della vescichetta biliare, e in caso di presenza di calcoli mobili nella vescichetta, si potrà con la palpazione risvegliare il crepitio caratteristico.

Il parere dei medici delle assicurazioni sul valore del rischio di un assicurando affetto da calcolosi biliare è vario e discorde, tanto che alcuni sono pessimisti fino a rifiutare qualunque assicurando abbia sofferto di coliche epatiche, mentre altri invece sono più ottimisti.

Il De Havilland Hall (medico della Compagnia di assicurazione sulla vita « The Rock ») è del parere di rifiutare gli assicurandi che abbiano avuto frequenti e gravi attacchi di coliche epatiche. Se però sono trascorsi degli anni dall'attacco il rischio si può accettare con soprapremio.

Lo Schroeder (medico direttore della Compagnia mutua di assicurazione sulla vita di New York) consiglia di rifiutare l'emissione del contrato allorquando l'operazione non ha avuto luogo e se non sono passati 5 anni dagli attacchi di colica epatica, e di prolungare il periodo di differimento in caso l'assicurando abbia avuto parecchi attacchi o di accorciarlo allorchè vi è stato atto operativo che abbia vuotato o asportato la cistifellea.

Il Mâreau nel suo Dizionario di Medicina delle Assicurazioni è del parere di *accettare con riserva* ogni assicurando nato da genitori sani, che abbia avuto non delle vere coliche epatiche, ma qualche crisi epatica, sparita da molto tempo sotto l'influenza di una cura adatta; e di *rifiutare,* sia ogni assicurando che abbia avuto delle coliche epatiche, sia ogni assicurando nato da genitori colpiti di coliche epatiche, sia ogni assicurando nato da genitori colpiti di coliche epatiche o da artritismo grave, soggetto ad avere delle crisi epatiche o qualche disturbo che faccia sospettare la litiasi biliare.

Il dott. Garrigus (medico capo della Compagnia belga di assicurazione sulla vita « Le Sauveur ») incaricato della trattazione del tema sulla litiasi biliare nei rapporti dell'assicurazione sulla vita nel 3° Congresso internazionale dei medici delle Compagnie di assicurazione tenuto a Parigi dal 25 al 28 maggio 1903 presentava le seguenti conclusioni:

1° L'assicurando il quale abbia avuto una unica colica epatica può essere accettato solo se non ha avuto recidive da almeno 4 anni e

se all'esame obbiettivo nulla fa supppore la litiasi biliare;

2° Devono rifiutarsi coloro i quali non hanno denunziato al medico le coliche epatiche sofferte o che abbiano avuto parecchie crisi.

In ogni modo, egli conclude, i litiasici costituiscono sempre un rischio tarato, e sarebbe bene accettarli o con soprapremio o con un contratto di breve durata.

La discussione in quel Congresso rileva la discordia di opinioni fra i congressisti.

Il dott. Bardht affermò che egli rimandava l'ammissione di assicurandi che avessero avuto coliche epatiche finchè non fossero trascorsi almeno tre anni dall'ultima crisi, e quando all'esame medico non risultava resistenza o sensibilità anormale nella regione cistica, ed egli trattava anche allo stesso modo coloro i quali erano stati operati di litiasi biliare.

Il dott. Volborth (medico di revisione della « Società di assicurazioni sulla vita Vittoria », Berlino), affermò che la « Vittoria » accetta i malati di litiasi biliare con leggero soprapremio, giacchè quella Compagnia considera il rischio come favorevole.

Il dott. Simon (medico della Compagnia franco-argentina di Buenos Ayres) sostenne che quando lo stato generale dell'assicurando è soddisfacente e le crisi di coliche epatiche sono sufficientemente allontanate, si può senza timore accettare il rischio.

Il prof. Petersen (medico della Compagnia russa per l'assicurazione di capitali e rendite a Pietrogrado, medico capo della succursale russa della Compagnia francese « L'Urbaine ») richiamò l'attenzione sull'importanza dell'età nel prognostico della litiasi biliare, la quale è più grave nei giovani che nelle persone adulte, nelle quali la litiasi è spesso silenziosa.

Il dott. Rochard (chirurgo degli Ospedali di Parigi) consigliò di rifiutare gli assicurandi colpiti da ripetute coliche epatiche e di differire a 3 o 4 anni dalla guarigione coloro i quali avessero subìto un intervento chirurgico sulle vie biliari.

Dopo la discussione il Congresso approvò a maggioranza di voti il seguente ordine del giorno presentato dal dott. Weillmantou (medico della Compagnia « La Fenice » di Parigi):

1° che si possono accettare assicurandi i quali abbiano sofferto di litiasi biliare se sono passati 3 o 4 anni dall'ultima colica e se l'esame degli organi è sotto ogni aspetto normale;

2° coloro i quali hanno subìto un'operazione sulle vie biliari potranno essere accettati 3 o 4 anni dopo, purchè la guarigione non sia stata interrotta da nessun nuovo disturbo.

Io ritengo che tale conclusione possa essere accettata da qualsiasi Istituto di assicurazione. Ad ogni modo il fiduciario nel giudicare il valore del rischio di un assicurando che abbia sofferto di litiasi biliare, dovrà anche tener conto della ereditarietà, dell'età, del sesso, della costituzione e delle malattie pregresse dell'assicurando.

Dott. I. ROMANELLI.

VARIA.

I medici degli eserciti antichi e moderni. — Fin dai tempi più remoti si riconobbe la necessità che i medici seguissero gli eserciti in guerra. Questa necessità divenne imperiosa quando il perfezionamento delle armi raggiunse l'effetto di mettere fuori combattimento i soldati senza ucciderli: oltre quella nobilmente umana di curare ed alleviare le sofferenze dei feriti, il medico ebbe la funzione di restituire al più presto i combattenti alle proprie file.

Norbert Lallié (*Nature*, 1915) ricorda che già prima di Ippocrate si ha notizia di medici militari: Omero nell' « Iliade » segnalava la presenza di due medici, Macaone e Podalirio, all'assedio di Troia. Licurgo trattava i medici alla stregua degli indovini, dei suonatori di flauto e dei capi, insieme ai quali li faceva attendare. Anche Senofonte fa menzione di un servizio medico delle truppe: nell'« Anabasi » egli narra che fu costretto a disseminare durante la ritirata molti malati nei villaggi attraversati e lasciar loro otto medici.

Roma repubblicana non teneva in grande stima i medici che erano ordinariamente greci o liberti. Cesare dette loro il diritto di cittadinanza, ma nei suoi « Commentarî » non troviamo alcuna allusione a medici militari. Le prime traccie di un'organizzazione sanitaria militare si ebbero all'epoca dell'Impero, durante la quale si dimostrò una maggiore pietà, ed una maggior premura verso i feriti in guerra. Gli storici romani ricordano al riguardo la bontà e la generosità di Tiberio, Germanico, Traiano e Maurizio.

Con l'invasione dei barbari ogni organizzazione sanitaria militare scomparve. Nel XVI secolo Ambroise Paré, il padre ed il restauratore della chirurgia francese, seguì Mont-Son in Piemonte, e poi Enrico di Rohan all'assedio di Guise, di Boulogne e di Metz. In queste occasioni egli potè rendere segnalati servigi agli eserciti presso i quali serviva, e nello stesso tempo ebbe modo di convincersi della inutilità di certe tormentose medicature dei feriti e di introdurre nuovi sistemi operativi, tra i quali

la legatura delle arterie per arrestare le emorragie.

Contemporaneamente Berengario da Carpi in un libro intitolato: « Isagogae breves » descrisse audaci metodi curativi per gravi ferite del cranio. Tuttavia i progressi della medicina militare erano effettivamente lenti, se non nulli del tutto. E dal trattato del Colombier pubblicato nel 1778 si può argomentare come i sistemi di cura in uso lasciassero molto a desiderare: fra le altre ricette v'ha il brodo di vipera, di gambero o di rane.

Durante l'epopea napoleonica la medicina militare si affermò splendidamente per opera di due suoi illustri rappresentanti: il chirurgo Larrey ed il medico Des Genettes.

Nelle spedizioni di Egitto e di Siria vi fu, per quanto incompleta ed imperfetta, una vera organizzazione sanitaria: alla battaglia delle Piramidi funzionarono le ambulanze; al Cairo, a Gireh, a Gaza, a Giaffa furono impiantati ospedali, dove vennero accolti feriti e malati di oftalmia, di dissenteria, di peste. Si deve a queste provvidenze se l'armata napoleonica, che pure fu più che decimata dalle epidemie, non fu completamente distrutta.

In seguito il servizio sanitario militare è andato migliorando gradatamente ma lentamente, tanto che i risultati ottenuti nelle guerre di Crimea (1854-56) e d'Italia (1859), cioè in tempi vicinissimi a noi, non si ebbero risultati veramente soddisfacenti. La Francia su 300,000 uomini ne perdette 95,615, di cui 75,000 di carbonchio, scorbuto, tifo ed altre malattie infettive contratte negli ospedali. Le conseguenze degli atti operativi erano disastrosi: su 100 amputati alla coscia morirono 96 in Crimea e 76 in Italia, i decessi in seguito alle amputazioni al braccio furono del 55 %. Questi risultati catastrofici più che all'imperizia ed alla negligenza del personale si devono attribuire a difetto di organizzazione, a insufficienza di locali, di materiali ed alla scarsezza di medici. In Crimea per un esercito di 108,000 uomini vi erano 78 medici ossia un medico per poco meno di 1400 uomini, in Italia nel 1859 per 160,000 uomini vi erano 132 medici, ossia un medico per 1200 uomini: nella giornata di Magenta ogni medico dovette medicare 175 feriti ed a Solferino 500.

Oggi l'organizzazione sanitaria degli eserciti è molto migliorata sotto tutti i riguardi, tanto che l'esperienza di guerra ha dimostrato che, ad onta sia aumentata la capacità offensiva delle armi, la proporzione dei morti sul numero dei feriti va gradatamente diminuendo: mentre al principio si aveva un morto ogni tre feriti, attualmente se ne ha uno ogni cinque.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

VENTURI ANTONIO. *La craniectomia decompressiva.* Tip. M. Arduini. Urbino, 1915.

Ardita e vittoriosa è diventata da qualche anno la chirurgia cerebrale. Con metodo e con dottrina non comuni, l'A. in questa notevole monografia studia in ogni suo particolare la tecnica della craniectomia decompressiva, e poi ne illustra le applicazioni più fortunate nelle varie affezioni morbose. Ne risulta dimostrata la grande importanza terapeutica di questo delicato intervento operativo, il quale in molti casi è necessario, in altri è soltanto giustificato.

p. s.

A. CAZZANIGA. *I tumori mediastinici.* Soc. tipogr. fiorent. 1914. Firenze.

Su questo difficile argomento, nel quale le raffinatezze della semeiotica e i mezzi moderni d'indagine hanno portato non poca luce, l'A. aggiunge un notevole contributo di sintesi, riunendo quanto dalla ormai larga letteratura e dall'esperienza personale risulta per la patologia e la clinica dei tumori mediastinici.

Troppa poca parte nei comuni trattati è data a così importante capitolo di patologia; agli occhi nostri quindi al volume del Cazzaniga si aggiunge nuovo titolo di merito; esso costituisce un utile completamento monografico anche dei grandi trattati.

t. p.

MARIO NISSIM. *L'ulcera duodenale.* Pisa, Tip. Editr. Mariotti, 1914.

Il Nissim, della Clinica del prof. Devoto, ha raccolto con ordine ciò che fino ad ora è stato scritto sull'ulcera duodenale, argomento di grande attualità e che ogni medico pratico deve conoscere anche per evitare i pericoli a cui gl'individui affetti da tale malattia possono andare soggetti. Nella monografia sono ampiamente discusse le questioni più controverse ed esiste una estesa raccolta bibliografica: si può quindi considerare come il lavoro italiano più completo sull'argomento.

P. ALESSANDRINI.

Ha visto la luce in questi giorni il volume: « Come si assiste un malato od un ferito e come si appresta un soccorso di urgenza » del dottor Ugo Viviani (Arezzo, via Bicchieraia, 11).

Ci si è annunziato l'invio del lavoro alla nostra redazione. Sebbene il libro non ci sia ancora pervenuto, ci è grato di annunziarlo subito ai colleghi, sicuri che verrà bene accolto da quanti istituiscono i corsi per l'assistenza ai feriti e per il pronto soccorso.

SUSSIDI TERAPEUTICI IODO-ORGANICI.

La medicazione iodo-minerale ha dal punto di vista farmacologico, carattere eminentemente osmotico determinato dalla diffusibilità degli ioduri, dalla loro immediata e brusca eliminazione, fattori questi ultimi, a cui si connettono fenomeni di intolleranza iodica e di iodotossicità, donde la esiguità delle applicazioni terapiche.

Di contro alla azione osmoterapica (meccanoterapica) degli ioduri, sta l' azione bioterapica degli iodo-organici.

I caratteri individuali farmacologici dei peptoiodici sono realizzati dal " PEPIODAL ".

Il " Pepiodal " è una sintesi iodo-peptica ad intensità iodica graduabile, solubile, assorbibile gradatamente, di lenta e graduale eliminazione.

Le ricerche del Dott. Andruetto nella Clinica Generale del Prof. Bozzolo, denunciano le seguenti cifre relative alla permanenza e durata delle reazioni iodiche nelle urine.

" Pepiodal "	1° g.	ore 14
"	2° "	" 17
"	3° "	" 24
"	4° "	" 30
"	5° "	" 40 (1)

Le proprietà del " Pepiodal " che lo rendono superiore agli altri preparati iodici, sono state illustrate dal Dr. Giannelli (2) che espone in un suo interessante studio, le ricerche ed i risultati ottenuti dal prodotto.

Tali proprietà spettano prevalentemente agli iodo-peptoni a differenza di altri preparati che vennero posti in onore precedentemente, come le iniezioni del Durante ed i composti grassi, i quali ultimi sono molto stabili di modo che lo iodio si libera con una soverchia lentezza e sono assai poco diffusibili.

Ne avviene che lo iodio permane a lungo nell'organismo, ma vi rimane legato al corpo grasso e non agisce come iodio libero che assai lentamente; mentre invece i composti del iodio col peptone (di cui il " Pepiodal " è da preferirsi), sono solubili e diffusibili, ed inoltre poco stabili, così che circolano facilmente nell'organismo ove si scindono in modo graduale e continuo, cedendo gli ioni del metalloide alle sostanze albuminoidi con cui lo iodio forma quelle combinazioni molecolari che vengono poi distrutte ed eliminate.

Gli iodopeptoni sono dunque oggigiorno i preparati che meglio rispondono alle esigenze terapiche.

I migliori risultati l'A. li ha ottenuti dal " Pepiodal " che ha il vantaggio del pronto assorbimento e di una molto più lunga permanenza nell' organismo, ove circola allo stato di iodio senza mai dare fenomeni d'intolleranza.

La maggiore fissazione iodica è data dal V° grado di Pepiodal (10 ctg.) che rappresenta il massimo di utilizzazione che consenta l'organismo allo iodio senza reagire con fenomeni di intolleranza e con fenomeni tossici.

Che l'associazione dei peptoni allo iodio conferisca alla sintesi che ne deriva, proprietà istotropiche, risulta dalle attitudini che acquista lo iodio quando viene introdotto nell' organismo sotto forma di " Pepiodal ".

Proprietà terapeutiche del " Pepiodal ". — Le proprietà terapeutiche del " Pepiodal " si riassumono in *batteriolitiche*, *opsonogene, fagocitogene, emoproduttive.*

L'aumento del tasso leucocitario si rileva dagli esami emoscopici fatti dal Dott. Andruetto della Clinica di Bozzolo e sopratutto dalle indagini emometriche. Riferiamo qualche esempio:

Caso I. - Enterite specifica:

prima della cura	Emometria	55
dopo la cura . .	"	65

Caso II. - Bronco pneumonite specifica:

prima della cura	Emometria	50
dopo la cura . .	"	60

Caso III. - Tubercolosi incipiente:

prima della cura	Emometria	45
dopo la cura . .	"	70

Caso IV. - Annessite specifica:

prima della cura	Emometria	50
dopo la cura . .	"	70

Applicazioni cliniche generali del " Pepiodal ". — In linea generale esse sono costituite dal grande gruppo delle affezioni del ricambio ivi compresi i processi degenerativi arterio-sclerotici delle infezioni croniche (sifilide, tubercolosi) e da tutte le insufficienze di sviluppo e deficenze nutritive che preludono alle manifestazioni di gravi infezioni e ne dispongono favorevolmente il terreno.

Anzi, sotto questo aspetto, il "Pepiodal " deve essere considerato come un mezzo profilattico contro lo sviluppo della tubercolosi specialmente chirurgica per le proprietà ad esso riconosciute dagli autori che lo hanno studiato, di modificare cioè il terreno emolinfatico così da esaltare i poteri di reazione e stimolare la nutrizione e modificarla in guisa da impedire lo sviluppo bacillare.

Per quanto concerne le manifestazioni sifilitiche il " Pepiodal " è diretto a combattere le sindromi tardive rappresentate da alterazioni gommose e da alterazioni arteriali degenerative (arteritis sifilitica, gomme, cachessie sifilitiche), ma può trovare la sua indicazione anche nelle manifestazioni precoci della lues quando vengono costituite da alterazioni nervose, da anemie sifilitiche precoci, ma in tal caso il suo impiego non deve andare disgiunto dai preparati mercuriali.

Un altro largo campo di applicazioni è offerto dalle forme morbose del ricambio sia che rivestano la forma artritica cronica, sia la forma gottosa, sia sopratutto la forma arteriosclerotica.

Il " Pepiodal " trova quindi la sua applicazione nelle:

I. - Distrofie uricemiche;
II. - Nelle forme distrofiche che precedono lo sviluppo delle affezioni croniche;
III. - Nelle forme tubercolari torpide;
IV. - Nelle manifestazioni tardive della lues;
V. - Nelle lesioni arteriosclerotiche.

Il " Pepiodal " non ha alcuna controindicazione.

Dott. PAOLO MANCINI
degli Ospedali di Roma
già Direttore del Sanatorio nervosi S. Colomba.

---

(1) Dr. ANDRUETTO — *Della medicazione jodica e di un nuovo preparato organico di jodio.*

(2) Dr. GIANNELLI — *La Iodoterapia con speciali considerazioni sul " Pepiodal ".*



"Pepiodal"

(Pepto-Iodo) -- Dott. Foglino

a goccie e per iniezioni ipodermiche, di
:: :: :: I, II, III, IV e V grado :: :: ::

Alcuni certificati Medici:

OSPEDALE VESPUCCI - FIRENZE (Detto di S. Giovanni di Dio) — Firenze, 29 Novemre, 1914

— DIREZIONE —

Il "Pepiodal" del Dott. Foglino corrisponde assai bene nelle lesioni tubercolari chirurgiche, quando occorra agire su di esse con una terapia jodica.

Prof. NICOLA GIANNETTARI
Direttore Ospedale Vespucci.

DOTT. S. SBERNA — Firenze, 11 Novembre, 1914
Primario Specialista di Dermosifilografia
FIRENZE

Il "Pepiodal" in uso nella mia sezione ospedaliera e nel Poliambulatorio Fiorentino risponde benissimo anche come tolleranza nelle forme morbose di cui mi occupo (sifilide - eczemi cronici - degli arteriosclerotici uriemici).

Firmato: Dott. S. SBERNA

Dott. Prof. EMILIO PERRERO — Torino, 30 Maggio 1913
DOCENTE IN NEUROPATOLOGIA
— ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO —

Ho sperimentato nella cura delle malattie organiche del sistema nervoso centrale le iniezioni di III°, IV°, V° di "Pepiodal" del Dr. Foglino e sono lieto di poter dichiarare che questa eccellente preparazione mi ha dato ottimi risultati.

Firmato: Dr. Prof. EMILIO PERRERO
Direttore Sezione Malattie Nervose all'Ambulatorio Policlinico, Via S. Secondo, 11 - Torino.

"RICINOL"

Olio di ricino preparato con processo speciale da semi italiani. La sola preparazione del genere, assolutamente priva di odore e di sapore.

L' Ideale dei Purganti!

Il flacone piccolo L. 0,60 — Flacone grande L. 1,10

"Saliodal"

(CRISTALLI JODATI DOTTOR FOGLINO)

Il miglior rimedio depurativo del corpo, del sangue, e delle mucose.

Sue applicazioni: *Stati uremici, Stati acidoemici, Stati glicoemici, Stati morbosi legati ad ipertensione.*

Il flacone grande L. 3 — Flacone monstre L. 4,50.

"Sédol"

Fiale per iniezione ipodermica a base di bromidrato di scopolamina, cloridrato di etilmorfina e morfina con solfato di sparteina in soluzione nel siero fisiologico.

Antispasmodico, Ipnotico, Analgesico

— La scatola di 12 fiale L. 4. —

In vendita presso le buone Farmacie e presso la SOCIETA ANONIMA FARMACEUTICA TORINESE —::— Via Principi d'Acaja, N. 44 - ::— TORINO

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Gli aspiranti medici nel R. Esercito. — È stato firmato dal Re il seguente decreto:

Art. 1. Fino al 31 dic. 1916, è istituita una speciale categoria di *aspiranti medici* la quale nella progressione dei gradi della gerarchia militare sarà compresa fra sottufficiali e ufficiali. Gli «aspiranti medici» saranno adibiti esclusivamente ai servizî professionali del corpo sanitario. — Art. 2. Il grado di «aspirante medico» è conferito per determinazione ministeriale. Con apposita disposizione sarà provveduto per stabilire la divisa e gli speciali distintivi degli «aspiranti medici». — Art. 3. Possono essere nominati «aspiranti medici» i militari di 1ª, 2ª e 3ª categoria di età non superiore al 30° anno, i quali abbiano compiuto il 5° od il 6° anno di Università (facoltà di medicina e chirurgia) anche senza avere superati gli esami finali, purchè abbiano sostenuto con successo tutti gli esami del 4° anno. — Art. 4. Agli «aspiranti medici» saranno corrisposti gli stessi assegni e le stesse indennità che sono devolute ai sottotenenti medici di complemento. Gli allievi del 5° e 6° anno di Università (facoltà di medicina e chirurgia), i quali desiderano la nomina ad aspirante medico, ne faranno domanda, per via gerarchica, al Ministero della guerra, direzione generale personale ufficiali.

Sezione di Torino dell'A. N. M. C. — Il Consiglio della Sezione Torinese della A. N. M. C.: di fronte al rifiuto opposto dall'assessore per l'igiene di Torino di ricevere il presidente generale dell'Associazione nazionale dei medici condotti, protesta contro questi sistemi degni di altri tempi; denuncia tale contegno alle Associazioni professionali non solo di Torino ma anche di tutta Italia, invitandole ad associarsi alla protesta e a darle la massima diffusione; e di fronte alle asserzioni dell'assessore che l'organico-capitolato in discussione non riguarda i medici attualmente in servizio, negando loro contemporaneamente e di conseguenza i miglioramenti promessi nei progetti di capitolato del 1912 e 1913; lascia all'amministrazione civica la responsabilità di tutti i provvedimenti di categoria e di difesa di classe che crederà di attuare l'assemblea dei soci d'accordo colla Presidenza generale dell'A. N. M. C.

(Questa circolare porta la data del 10 maggio e ci è pervenuta il 26 maggio).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5283) *Chiamata sotto le armi per mobilitazione - Supplenza.* — Il Dott. abbonato n. 779 desidera conoscere se in una condotta di tre titolari, in caso di chiamata sotto le armi di uno di essi, gli altri sieno obbligati a fare il servizio dell'intero Comune, e, nella affermativa, con quale compenso; se al collega richiamato competa lo stipendio e l'indennità di cavalcatura.

Dal momento che il capitolato impone la supplenza gratuita pei soli primi dieci giorni *di malattia,* in caso di chiamata per mobilitazione, nessuno dei due colleghi è obbligato a supplire l'altro partito. Qualora volontariamente si prestassero, avrebbero diritto a quel compenso che sarà all'uopo stabilito di accordo con l'Amministrazione municipale. Poichè la supplenza dell'unico collega assente sarebbe fatta da due anzichè un sol medico, potrebbe sembrare equo il compenso di lire 5 giornaliere per ognuno. Il collega mobilitato conserva lo stipendio per tutta la durata del servizio militare. Perde la indennità di cavalcatura.

(5284) *Servizio militare. Esenzione - Dimissioni.* — Il Dott. G. S. da T. di S. desidera conoscere se essendo ufficiale medico del R. Esercito, possa essere esonerato dalla chiamata perchè medico condotto in un Comune di 12,000 abitanti e fornito di tre condottati; nella affermativa, quali pratiche occorre espletare e se, non ostante il diritto allo esonero egli partisse, potrebbe essere dichiarato dimissionario.

Per effetto del disposto dello articolo 1° del R. decreto 13 aprile 1911, n. 374, Ella non può essere dispensato dalla chiamata perchè nei Comuni di popolazione fra i 5000 ed i 15,000 abitanti possono rimanere due medici, quanti effettivamente resterebbero costà per effetto della sua chiamata. Non monta che Ella fa servizio in frazioni, perchè il predetto R. decreto parla di comune e non di frazioni, e ben gli altri due colleghi possono fare l'intero servizio. Le pratiche per la esenzione, nel caso competa, si debbono fare all'atto della chiamata presentando al Distretto militare un certificato del sindaco in cui si attesti sotto la sua personale responsabilità che il sanitario si trova nelle condizioni di cui all'articolo 1°, lettera *q,* del regolamento di sopra citato e che la di lui opera è assolutamente necessaria per il regolare andamento del servizio. Qualora, non essendo obbligata anzi esentata, partisse egualmente, il Comune po-

trebbe dichiararla dimissionaria per non aggravare le proprie condizioni economiche, e pagare un doppio stipendio.

(5286) *Condotta estesa alla generalità degli abitanti - Ripristino.* — Il Dott. P. Z. da F. desidera conoscede se essendosi da cinque anni ridotta la condotta ai soli poveri, possa il Comune con nuovo provvedimento ritornare alla condotta piena, non ostante ecceda la sovrimposta.

Quando il Comune eccede il limite legale della sovraimposta non può fare spese facoltative, e, quindi, neanche quella riferentesi alla condotta medica estesa alla generalità degli abitanti. L'allargamento della condotta sarebbe, nella suindicata ipotesi, solamente permesso qualora fosse ritenuta espediente indispensabile per assicurare un buon servizio pei poveri. In tal caso si applicherebbe il disposto dello articolo 313 della vigente legge comunale e provincile. Contro la deliberazione che ripristina la condotta piena Ella può ricorrere alla G. P. A. non nella qualità di medico condotto ma bensì in quella di contribuente ai sensi del capoverso dell'articolo 310 della succitata legge comunale.

(5287) *Chiamata sotto le armi- Stipendio.* — Il Dott. G. T. da A. desidera conoscere se e quale disposizione tassativa di legge impone ai Comuni di pagare l'intero stipendio al proprio medico condotto durante la chiamata per mobilitazione sotto le armi.

L'articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili stabilisce che l'impiegato sotto le armi per mobilitazione è ritenuto, per ogni effetto di legge, come in congedo. Egli, perciò, percepisce lo stipendio per la intera durata del servizio. Questa disposizione fu accolta dai Comuni nei riguardi dei propri impiegati chiamati alle armi per mobilitazione.

(5289) *Vendita sostanze alcooliche - Visita a case di nuova costruzione - Congedi - Compenso stabilito per rinunzia.* — Il Dott. abbonato n. 1737 desidera conoscere se ed a quali compensi abbia diritto per la visita che come ufficiale sanitario deve prestare alle scuole ed ai locali per la vendita delle sostanze alcooliche. Desidera inoltre conoscere se sia valido il patto con cui si stabilisce un compenso per la rinunzia al mese di congedo annuale, se ad ogni bien nio di servizio deve corrispondere un bimestre di congedo, da godersi, anche, tutto in una volta e se possa adire la via giudiziaria per ottenere quanto crede competergli.

Circa le indennità che spettano all'ufficiale sanitario per la visita alle scuole ed ai locali di vendita delle sostanze alcooliche abbiamo già risposto ad altro identico quesito da Lei proposto. Riscontri il fascicolo 22 della Sezione pratica del «Policlinico» sotto il n. 5272. In quanto al congedo rispondiamo che a nostro avviso non è legale il patto con cui si compensa con cifra prestabilita il condottato per la rinunzia al diritto al congedo. Il diritto a congedo è posto nell'interesse del buon andamento del servizio, onde dare agio al sanitario di fare studî di complemento o di perfezionamento. A tale finalità si sfugge rinunziando al riposo annuale mediante la percezione di apposito compenso, che evidentemente si traduce in aumento di stipendio. Per tale ragione La consiglieremmo a non insistere per ottenere la differenza delle lire 450 e, per conseguenza, di non adire, in caso di persistente rifiuto da parte della Amministrazione municipale, l'autorità giudiziaria. Aggiungiamo che non è possibile, ora, chiedere il compenso per il congedo non usufruito nell'anno passato, perchè i congedi non sono commutabili nè vanno computati a semestri. Durante l'anno di interinato non competeva il congedo, perchè il capitolato che ne stabiliva il diritto ha cominciato ad aver vigore con la nomina ottenuta in base al concorso, e, cioè, dal maggio 1914.

(5290) *Chiamata sotto le armi - Esenzioni.* — Il Dott. C. G. da C. desidera conoscere se per essere esentato dal servizio militare devesi avanzare istanza presso la Prefettura anche da parte dei medici condotti unici che abbiano sorpassato l'età di anni 40.

L'obbligo del servizio militare non si estende oltre il 31 dicembre dell'anno in cui si compie il 39° anno di età. Non esistono leggi o decreti speciali che deroghino tale disposizione. Ella, quindi, nulla deve fare per ottenere la esenzione. Tutte le disposizioni attualmente in vigore per esonero dalle chiamate riguardano i militari in congedo illimitato di 1ª, 2ª o 3ª categoria, ma Ella non appartiene ora ad alcuna categoria ed è prosciolto, per ragione di età, da ogni obbligo di servizio.

(5292) *Chiamata sotto le armi - Compenso - Sostituzione.* — Il Dott. N. L. da C. desidera conoscere se al medico condotto chiamato sotto le armi spetti l'intero stipendio e per quanto tempo; se al collega che lo sostituisce spetti per la intera durata della supplenza il doppio stipendio; se, nella affermativa, deve farne domanda alla amministrazione ed a chi si debba ricorrere in caso di rifiuto.

Il medico condotto che è chiamato sotto le armi per mobilitazione si considera in congedo per ogni effetto di legge. Conserva, pertanto, integro il diritto allo stipendio, ed al posto. Colui che lo sostituisce ha diritto al compenso

che sarà stabilito, caso per caso, di accordo con la amministrazione interessata, sempre quando nel capitolato di servizio non sieno state previste norme speciali pei casi di supplenza. Dal momento che il compenso è stabilito di accordo non può darsi il caso di ricorrere ad autorità amministrative o giudiziarie per ottenerlo.

(5293) *Richiamo sotto le armi.* — Il Dott. A. G. da C. desidera conoscere se avendo rassegnate le dimissioni da tenente medico di complemento per ragione di età, possa ora essere reintegrato nel posto. Quali pratiche bisogna fare e se occorre attendere che sia chiamata la classe, cui appartiene.

Crediamo che i dimissionarii possano essere reintegrati nel posto di ufficiali medici che prima coprivano. Occorre fare domanda in carta da bollo al Ministero della Guerra, Ispettorato di sanità militare, unendo copia del Decreto con cui furono, a suo tempo, accettate le dimissioni. Siccome la pratica richiede un po' di tempo, sarebbe bene farla con anticipazione alla eventuale chiamata della classe.

(5295) *Certificati medici obbligatori.* — Il Dott. abbonato n. 2028 desidera un elenco dei certificati obbligatorii per legge per cui i medici condotti non hanno diritto a percepire compensi.

Non è possibile fare un elenco di tutti i certificati obbligatorii che i medici condotti sono tenuti a rilasciare gratuitamente. Bisogna tener presenti tutte le non poche leggi che impongono l'accertamento delle condizioni fisiche dei postulanti per ottenere impieghi, esenzioni militari, soccorsi, ammissioni in luoghi di cura, ecc., locchè non può farsi che caso per caso e non in via generica e di massima.

(5296) *Medici di opere pie con servizio di condotta - Stipendio.* — Il Dott. abbonato n. 625 desidera conoscere se essendo medico di opera pia con obbligo di servizio pei poveri, possa in base allo articolo 45 del regolamento generale sanitario pretendere stipendio eguale a quello che il Comune corrisponde ai proprii medici condotti, e nella affermativa se possa adire la via giudiziaria o quella amministrativa per ottenerli, compresi gli arretrati, dalla pubblicazione del surricordato regolamento.

Innanzi tutto osserviamo che l'articolo 45 del regolamento del 1906 non parla di stipendio. Esso dice che i medici delle opere pie, che fanno servizio di condotta, debbono essere nominati, licenziati e godere dei medesimi diritti e doveri dei medici condotti comunali, di cui fanno le veci. Lo stipendio è determinato dalla rispettiva amministrazione nell'atto di nomina od in altre successive occasioni, intese a migliorarne le sorti. L'articolo 45 è un complemento dell'articolo 35 della legge in cui tale concetto è chiaramente espresso e determinato. Qualora il medico di opera pia faccia effettivo servizio di condotta può avvalersi del disposto dello articolo 26 della legge stessa e chiedere congruo aumento di ufficio da parte della G. P. A. Crediamo, però, che tale ipotesi non si verifichi costà perchè Ella stessa dice che il Comune ha i suoi proprii medici condotti cui corrisponde l'annuo stipendio di lire 1000. Ciò stante non potremmo consigliarla a ricorrere nè in linea amministrativa nè in via giudiziaria.

(5297) *Arruolamento volontario nel R. Esercito come ufficiale medico.* — Il Dott. abbonato n. 5782 desidera conoscere se il Comune, ove è medico condotto, sia tenuto a pagargli lo stipendio e l'indennità di alloggio nel caso che fosse nominato sottotenente medico volontario per la durata della guerra.

L'obbligo del Comune a corrispondere l'intero stipendio ai proprii impiegati in caso di mobilitazione per la intera durata della guerra, si verifica quando i detti impiegati sieno chiamati sotto le armi e non quando essi volontariamente si arruolino.

(5298) *Chiamata sotto le armi - Articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili.* — Il Dott. O. B. da R. sul N. desidera conoscere se essendo stato aggiunto nel proprio capitolato il patto che in caso di chiamata sotto le armi si applica il disposto dell'articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili, si debba il detto richiamo all'articolo 20 estendere anche alla modifica che esso ha subito per effetto del R. Decreto 13 maggio 1915.

Essendo stata ordinata la mobilitazione del R. Esercito e della Armata non ha più ragione di essere il quesito da Lei proposto perchè l'articolo 20 di sopra citato assicura anche esso in caso di mobilitazione la percezione dello intero stipendio per l'intera durata della guerra, considerando l'impiegato come in congedo per tutti gli effetti di legge. Il decreto 19 maggio 1915 avea ragione di essere prima della mobilitazione, perchè mentre per le ordinarie chiamate sotto le armi l'articolo 20 accordava lo stipendio per soli due mesi, esso estese il beneficio alla intera durata del servizio. Se il regolamento comunale si è riferito al detto articolo 20 adottandone il contenuto, Ella ha egualmente diritto a percepire lo stipendo per la intera durata della guerra.

(5299) *Vantaggi a guerra finita.* — Il Dott. abbonato n. 1575 desidera conoscere se richiamato come ufficiale medico di milizia territoriale pos-

sa avere dei vantaggi a guerra finita e, cioè, se si potrà passare come effettivo e se l'interruzione di servizio si computa come periodo utile per l'avanzamento e pel conseguimento della pensione.

Non è possibile prevedere se e quali disposizioni saranno a guerra finita adottate a favore degli ufficiali medici di milizia territoriale, e tanto meno se saranno o meno trattenuti come effettivi.

(5301) *Chiamata sotto le armi.* — Il Dott. M. S. da A. chiede conoscere se il Comune possa opporsi alla di lui chiamata sotto le armi in qualità di tenente medico e se essendo medico di reparto delle ferrovie conservi il posto in caso di chiamata.

Il Comune non può opporsi alla di lei chiamata sotto le armi in qualità di tenente medico, tranne se non verifichi l'ipotesi prevista dall'articolo 1 lettera *q* del R. decreto 13 aprile 1911, n. 374. In caso di chiamata sotto le armi si conserva il posto di medico di reparto delle ferrovie.

(5302) *Chiamata sotto le armi - Dispensa.* — Il Dott. G. P. da P. desidera conoscere se essendo medico condotto ed unico esercente nel Comune, possa usufruire del diritto alla dispensa dalla chiamata. Nella affermativa brama conoscere a chi si deve rivolgere la domanda ed in qual tempo.

Al medico condotto unico esercente nel Comune compete l'esonero dalla chiamata sotto le armi in caso di mobilitazione ai termini dell'articolo 1 lettera *q* del R. decreto 13 aprile 1911, n. 374. La dispensa si deve far valere presso il distretto militare all'atto della chiamata previa esibizione di un certificato del sindaco attestante la sua qualità di medico condotto e, sotto la propria responsabilità, che la opèra di Lei è indispensabile assolutamente per il regolare andamento del servizio sanitario, e ciò a' sensi dell'articolo 4 del regolamento citato.

(5303) *Ammissione alla scuola di ostetricia.* — Il Dott. G. B. da P. desidera conoscere se costituisce ostacolo per l'ammissione alla scuola di ostetricia il fatto che una candidata risulta condannata a tre giorni di carcere con pena condizionale per contravvenzione municipale.

Non può costituire ostacolo alla ammissione alla scuola di ostetricia la lievissima condanna riportata condizionalmente dalla aspirante.

(5304) *Supplenza del veterinario.* — Il Dott. C. V. da F. desidera conoscere se per la supplenza che presta al veterinario, che è stato chiamato sotto le armi, gli competa compenso ed in quale misura.

L'impiegato comunale che è chiamato sotto le armi in caso di mobilitazione è considerato in congedo per ogni effetto di legge. E poichè chi sostituisce un impiegato in congedo ha diritto a compenso non v'ha, secondo noi, dubbio che Ella abbia diritto a compenso per la supplenza che presta al veterinario chiamato sotto le armi. Il compenso non può commisurarsi allo stipendio che si corrisponde al titolare perchè gli obblighi del supplente sono ben limitati e si riducono d'ordinario alla sola visita delle carni macellate. Si metta d'accordo col Municipio e in caso di reciso rifiuto potrà anche adire l'ordinaria autorità giudiziaria.

(5305) *Medico condotto interino - Esenzione dalla chiamata sotto le armi.* — Il Dott. P. L. da G. desidera conoscere se come medico interino che fa servizio di condotta in un Comune di 9 mila abitanti possa aspirare ad esenzione essendo nel Comune altri cinque medici liberi esercenti.

La presenza di medici liberi esercenti nel Comune non pregiudica i diritti dei condottati alla esenzione dalla chiamata sotto le armi ai sensi dell'articolo 1 lettera *q* del regolamento 13 aprile 1911, n. 374. In quanto alla esenzione in parola non monta che il medico sia semplicemente interino, perchè lo scopo che si ha di mira si è quello di non far mancare, durante le more di una guerra, il servizio di assistenza sanitaria ai poveri ed è ovvio che a detta assistenza provvede tanto il medico condotto titolare quanto il semplice interino.

Essendo codesto Comune di 9 mila abitanti hanno diritto ad esenzione due medici.

(5306) *Sostituzione di un collega chiamato sotto le armi.* — Il Dott. E. V. da C. desidera conoscere se sostituendo nel servizio di condotta ed in quello di ufficiale sanitario un collega chiamato sotto le armi abbia diritto a compenso.

Il medico condotto che in caso di mobilitazione è chiamato sotto le armi si considera come in congedo per ogni effetto di legge; epperò, chi lo sostituisce ha diritto, come nei congedi ordinarii, a speciale compenso da convenirsi con l'Amministrazione municipale ed a carico della medesima.

(5308) *Medico condotto - Presidente della Congregazione di carità.* — Il Dott. S. P. da C. di S. desidera conoscere se la carica di medico condotto in servizio attivo sia compatibile con quella di presidente della Congregazione di carità.

Il medico condotto in attività di servizio ben può essere nominato presidente della locale Congregazione di carità in conformità di quanto

dispone l'articolo 10 del regolamento amministrativo per la esecuzione della legge sulle Opere pie.

(5309) *Concorso al posto di medico condotto - Limite di età.* — Il Dott. F. J. da P. T. desidera conoscere se sia annullabile la deliberazione del Consiglio comunale con cui si nomina medico condotto un concorrente che abbia superata di due anni l'età stabilita nel bando e se in caso di soccombenza l'interessato possa avanzar domanda per risarcimento di danni.

Le norme stabilite nel relativo bando per lo svolgimento dei pubblici concorsi debbono essere osservate a pena di nullità essendovi intrecciati eventuali diritti di terzi. Ben potrebbe, quindi, essere annullata la deliberazione del Consiglio comunale con cui si nominava medico condotto colui che abbia superato di due anni l'età fissata nel relativo bando. Colui che rimane escluso non può agire per risarcimento di danni perchè l'annullamento sarebbe, in ogni caso, pronunziato per l'inosservanza delle condizioni tassativamente imposte per il concorso.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dottor Filiberto Baffoni Luciani ha conseguito, per esami, la libera docenza in clinica ostetrica e ginecologica.

Il candidato presentò la tesi a stampa su «La patologia del corpo luteo» e svolse brillantemente la lezione sul tema «Fibromi d'utero nella gravidanza e nel parto».

La Commissione giudicatrice, presieduta dall'on. prof. senatore Todaro, era composta dei professori Pestalozza e Alessandri di Roma, Guzzoni degli Ancarani di Siena e Savaré di Firenze.

Al nostro valoroso collaboratore i nostri cordiali rallegramenti.

Il C. S. P. I. ha riconosciuti regolari gli atti dei seguenti concorsi per professore straordinario:

Farmacologia e tossicologia, a Modena. Terna: 1. Vinci; 2. Luzzatto Riccardo; 3. Valenti Adriano.

Odontoiatria e protesi dentaria, a Roma. Terna: 1. Chiavaro Angelo; 2. Berretta Arturo; 3. Fasola Gaetano.

Ostetricia. Direzione e insegnamento per la Scuola pareggiata di Arezzo: 1. Santi Emilio.

Pediatria, a Bologna. Terna: 1. Francioni Carlo; 2. Di Cristina Giovanni; 3. Simonini Riccardo.

Il Consiglio ha dato parere favorevole alla nomina a professore straordinario dei seguenti classificati secondi o terzi negli ultimi concorsi, intendendosi che i terzi classificati non possono essere nominati se i secondi non sono già stati collocati.

Beretta Arturo, di odontoiatria, a Bologna.
Fasola, Gaetano, di odontoiatria, a Milano.
Luzzatto Riccardo, di farmacologia, a Sassari.

CONDOTTE E CONCORSI.

* ABBASANTA (*Cagliari*). — Condotto per tre Comuni; L. 4000 lorde. Scad. 25 giugno.

ANCONA. *Ospedale civile «Umberto I»*. — Cercasi subito medico-assistente, esente servizio militare. Stipendio 1080, alloggio e servizio; vitto tutti i giorni; qualche incerto; nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione medica.

CHIAMPO-SAN PIETRO MUSSOLINO (*Vicenza*). — Condotta; L. 4000 con l'obbligo del cavallo e per i soli poveri. Residenza a Chiampo. Termine 30 giugno. Documenti di rito.

GALATRO (*Reggio Cal.*). — Condotto generalità; L. 2600 oltre L. 100 quale U. S. Due anni di esercizio professionale. Età 29-60 anni. Servizio entro 5 giorni salvo legittimo impedimento nel qual caso richiedesi esplicito atto di accettazione. Scad. un mese dal 25 maggio.

GIMIGLIANO (*Catanzaro*). — 2ª condotta; L. 2200 lorde, con aumenti sess. Età limite 35 anni, s. e. r. Servizio entro 20 giorni. Scad. 30 giugno.

LEVATE (*Bergamo*). — Consorzio con Sabbio Bergamasco; ab. 1700. L. 4000. Rivolgersi sindaco di Sabbio Berbamasco. Scad. 30 giugno.

* MEDUNA DI LIVENZA (*Treviso*). — Condotta libera; L. 3000 e cinque trienni del ventesimo. Scadenza 15 giugno.

MONTEFALCO (*Perugia*). — Il concorso alla condotta (L. 4400) è prorogato a tutto il 31 agosto.

NIVVIANO (*Piacenza*). — Condotta Trevozzo; poveri; L. 3000 lorde e L. 800 per indennità cavalcatura. Scadenza 21 giugno.

ROMA. *Ministero dell'interno* (Direzione e generale della sanità pubblica). — È indetta una sessione di esami per la concessione della autorizzazione a viaggiare come medico di bordo. Vedi fasc. 21. Scad. 15 luglio.

ROURE (*Torino*). — Medico condotto e U. S.; L. 3200. Scadenza 20 giugno.

SCLAFANI (*Palermo*). — Condotta piena; lire 3500 lorde e un sessennio, alloggio; due anni di laurea; obbligo arm. far. Scad. 15 luglio.

TORNACO (*Novara*). — Condotta; kmq. 4 in piano; abitanti 2042; L. 1800 per circa 1000 poveri, L. 2000 per la gener. e L. 200 quale U. S.; alloggio; tre sessenni pei quali è pendente l'approvazione. Scadenza 20 giugno.

Occorre medico interino per durata non inferiore a mesi 3. Condizioni da convenirsi. Comune di Camino (Alessandria).

Il dott. Cracolici Salvatore, via Alpi, 8, Roma, esente servizio militare, assumerebbe anche subito interinato sia pure disagiato, a condizione che sia retribuito bene.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie Professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuova diffida: Grignano (Rovigo).
Revoca di diffida: Barchi (Perugia).

NOTIZIE DIVERSE.

V Congresso nazionale dell'Associazione italiana dei medici direttori d'Ospedale.

Il Comitato ordinatore del V Congresso nazionale dei direttori d'Ospedale, d'accordo colla Presidenza dell'Associazione, in vista delle presenti eccezionali circostanze in cui si trova il Paese, ha deliberato di rimettere a tempo indeterminato il Congresso e l'assemblea generale dei Soci, indetti per i giorni 26-28 del giugno corrente.

Il Corpo accademico di Napoli per la guerra.

I professori della Università di Napoli hanno spedito il giorno 5 corr. il seguente dispaccio al Presidente del Consiglio dei Ministri:

«I professori di questa Università raccolti ieri in solenne assemblea per il rinnovamento biennale della vita accademica e per la consegna augurale del fiore della vittoria ai giovani partenti per le attuali frontiere della Patria, mi dànno il gradito incarico di rappresentare alla E. V. la loro alta incrollabile fede che per opera di questa guerra di redenzione saranno alfine ricongiunte al seno augusto della nostra gran Madre tutte le terre appartenenti ai suoi naturali confini e da essa in altro tempo violentemente divelte, e che sul Campidoglio sarà convocato l'Areopago delle Potenze per esercitarvi di fronte a vincitori ed a vinti la più alta delle funzioni della vita di Roma nella Storia del mondo che resta pur sempre quella di *pacis imponere morem*. — Il Rettore: *Cocchia*».

L'Ordine dei medici di Milano a disposizione del Sindaco.

La Presidenza dell'Ordine dei medici ha diretto al sindaco la lettera seguente:

Onorevole sig. sindaco,

A nome di tutti i colleghi del Consiglio ho l'onore di mettere cordialmente a disposizione della S. V. e della Amministrazione da Lei presieduta, l'opera dell'Ordine dei medici per quelle forme di attività civile che potranno opportunamente esserci affidate, dato lo speciale momento che il paese sta attraversando.

Colla massima stima

Il presidente: Dott. A. Filippetti.
Il segretario: Dott. G. Pirri.

L'Ordine dei medici di Napoli per i colleghi richiamati.

L'O. d. M. di Napoli, in vista della gran massa di colleghi che, richiamati, vanno a compiere l'alto dovere verso la Patria, seguendo le milizie combattenti, si mette a disposizione di ogni singola famiglia per tutte le evenienze e per tutta quella opera che possa essere utile nel disbrigo degli affari, extra ufficio, e durante l'assenza di ogni iscritto richiamato. Così i congiunti dei colleghi che hanno la fortuna di mettere a profitto ogni loro sacrifizio nell'interesse di questa nostra grande Italia, cui oggi sono rivolti tutti i cuori dei suoi figli, non degeneri del valore e della civiltà dei loro padri, si affidano a questa spontanea offerta dell'Ordine, che saprà in tale difficile contingenza compiere tutto intero il suo dovere. Ogni componente il Consiglio dell'Ordine adunque si mette fin d'ora a disposizione delle famiglie dei colleghi richiamati, perchè solo così il servizio di informazione, di consiglio e di cooperazione potrà essere degnamente compiuto, ed i colleghi lontani potranno anche essi a questo modo sentirsi rinfrancati ed assicurarsi ancora una volta che in ogni evenienza la famiglia medica è tutta compatta e sempre al suo posto.

Un ospedale di 100 letti offerto dal Governo francese.

Il Governo francese ha posto a disposizione del Governo italiano un'ambulanza di cento letti, che sarà installata nella Clinica delle Suore di San Carlo di Nancy, Piazza della Sagrestia, 21, e funzionerà col suo personale attuale, sotto il patronato dell'Ambasciata di Francia.

Lo scioglimento della Croce Rossa belga.

Il governatore generale delle provincie occupate del Belgio, barone von Bissing, ha proclamato lo scioglimento del Comitato centrale della Croce Rossa del Belgio; il decreto ha pure ordinato la consegna immediata della cassa e degli archivii della Croce Rossa tra le mani del conte B. de Betzfeld, delegato del governatore generale per amministrare i servizi dell'opera. Appena notificato ai membri del Comitato direttivo, per la cui messa in vigore era stato requisito l'appoggio della forza militare, l'ordine fu eseguito.

Il Comitato internazionale della Croce Rossa ha protestato contro questo atto. Il Governo belga ha diramato al riguardo le seguenti considerazioni:

Questa misura costituisce un atto di violenza arbitraria, che nulla giustifica, e un attentato all'Istituto della Croce Rossa.

Il Governo belga aveva firmato il 14 ottobre 1864 la Convenzione di Ginevra del 22 agosto 1864; ed aveva ratificato il 27 agosto 1907 la Convenzione internazionale del 5 luglio 1906.

Fondata nel 1864, la Croce Rossa del Belgio ha ottenuta la personalità civile in virtù della legge del 30 marzo 1891. I suoi primi statuti sono stati compilati in conformità dei principii fondamentali e uniformi della Croce Rossa; il 13 marzo 1899, nuovi statuti, egualmente conformi a questi principii, furono votati dalla Società e approvati dal Governo. Un decreto reale del 25 marzo 1896 regola il funzionamento della Croce Rossa del Belgio in tempo di guerra, come ausiliaria del servizio sanitario dell'esercito.

La Società nazionale belga della Croce Rossa gode dunque di una esistenza legale, ed è ufficialmente riconosciuta tanto dalle autorità che dalle altre società della Croce Rossa.

Le disposizioni statutarie precisano e delineano l'azione della Croce Rossa; essa non potrebbe allontanarsene senza violare la legislazione belga, sempre in vigore nei paesi non occupati.

Il Governo di sua maestà il re dei belgi non ignora che il governatore generale tedesco nel Belgio ha reclamato il concorso della Croce Rossa del Belgio all'opera intitolata: «Aiuto e protezione alle donne col lavoro», che si proponeva di fondare, e che non era certamente com-

presa nei limiti della sua attività. Declinando la sua cooperazione il Comitato centrale di Bruxelles non ha fatto che conformarsi agli statuti della società e alla legislazione in vigore; e il suo atteggiamento è stato approvato dal Comitato internazionale di Ginevra. È pertanto da questo rifiuto che il governatore generale von Bissing ha tolto pretesto per sciogliere il Comitato e sequestrare i beni e l'archivio della società.

L'opera della Croce Rossa, per il fine elevato cui tende, per la sua missione puramente caritatevole e i servigi resi, è una delle istituzioni che sembrano dover esser rispettate da tutti. Il provvedimento violento preso contro la società belga ha provocato una legittima e penosa emozione.

Il Governo belga si associa alla solenne protesta che il Comitato della Croce Rossa ha elevata contro quest'atto d'arbitrio, contrario al diritto delle genti, che ha per effetto di privare la Croce Rossa del Belgio della sua libertà d'azione, e di impedirle di adempiere alla missione per la quale è stata creata.

Sul problema dell'alimentazione in Germania.

Da alcuni articoli pubblicati nei giornali medici tedeschi risulterebbe che le condizioni alimentari della Germania, pur non essendo floride, non sono disperate.

Ad esempio, nella « Berliner Klinische Wochenschrift » del 22 marzo, Salkowski mette in rilievo che prima della guerra il popolo tedesco consumava in media 92.9 grammi di proteine al giorno; poi il quantitativo disponibile si è ridotto a 67.2; secondo Chittenden può scendere molto più in basso, a 51; gli esperimenti di Hirschfeld, Hindhede e di altri porterebbero a ritenere compatibile con la buona salute un consumo di 44.36 e persino di 25 grammi *pro die;* l'A. crede dunque che non ci sia da allarmarsi dell'attuale stato di cose. Consiglia l'uso di cibi contenenti proteine economiche, ad esempio legumi, formaggio magro, sangue. Il sangue aggiunto al pane di guerra, il quale è troppo ricco di patate, dà il « pane spartano », più nutriente ma poco accetto; si può consumare il sangue variamente preparato, con aceto, con marmellate, seccato e polverizzato.

Nel numero del 29 marzo dello stesso giornale, Roschfeld osserva che il blocco inglese, come ebbe a dire von Moltke, porterebbe la Germania a perire senza combattere, se l'agricoltura venisse meno; ma che l'agricoltura viene curata oggi più che mai. Il blocco ha per unico risultato di modificare il vitto: si usa meno grano e più segale; l'orzo, le patate servono largamente all'alimentazione, invece che a fabbricare birra od alcool industriale; si rinunzia ad un largo consumo di carne, perchè gli animali da macello divengono i rivali dell'uomo, inquantochè consumano molto più cibo di come non forniscano carne. Di caffè esiste un stock quasi inesauribile ad Amburgo e per ora non si pensa ad astenersene.

L'A. insiste sull'utilità di rinunziare completamente alla birra; secondo lui, i successi dell'esercito russo, che non hanno precedenti nella storia dei popoli slavi, debbono ascriversi unicamente alla proscrizione della « vodka », che è la bevanda alcoolica popolare russa corrispondente alla birra.

Nella « Deutsche Med. Wochenschrift » del 25 marzo Boruttau propone di utilizzare la paglia polverizzata per mescolarla ai cibi ricchi di proteine, non già come materiale nutritivo, ma per accrescere i residui inerti dei cibi. Ad esmpio, darebbe il senso di sazietà. L'idea è stata discussa anche da Rubner e da altri sulla stampa quotidiana.

Contro i feriti sul campo.

Secondo la « Presse Médicale » del 20 maggio, in uno degli ultimi numeri della « Deutsche Medizinische Wochenschrift » si legge un incoraggiamento sinistro ad abbandonare sul campo di battaglia i prigionieri feriti, dacchè « sono sudici, occupano posto, costano denaro e infine sono infetti e possono generare mille mali, attraverso la più grande Germania ». Queste parole significherebbero un incitamento ipocrito a dar la morte, sul campo, ai feriti.

Aggiunge il giornale francese: « Ci vergogniamo a pensare che simili consigli inumani abbiano potuto esser dati da medici, che sono come dei sacerdoti, per i quali ogni sofferenza umana dovrebbe esser sacra ».

Noi riteniamo che le parole della « Deutsche », se esattamente riferite, si prestino realmente ad un malinteso; ma ci rifiutiamo di accogliere l'interpretazione che ne dà il confratello francese.

La truce barbarie tedesca non può essere scesa a tanta ignominia! Certo, non troverà mai degli imitatori tra i latini, che i tedeschi tenevano per una razza inferiore e destinata a sparire!

Nuovi giornali.

Si è pubblicato in questi giorni il primo numero de « L'Actinoterapia », rivista internazionale di foto-, roentgen- e radiumterapia, redatta da Mameli Spinelli, con la collaborazione dei cultori della materia.

La rivista conterrà lavori originali, riassunti e notizie. Nel primo numero troviamo un articolo di Dermaner (cui si deve la roentgenterapia intensiva ultra-penetrante) sulla terapia fisica del carcinoma; uno di Spinelli sulla roentgenterapia nelle metropatie e nelle metriti emorragiche, ecc.

Il prossimo numero sarà consacrato all'actinoterapia nel trattamento delle ferite di guerra.

Il giornale si pubblica a Napoli (Parco Margherita, 104).

Il prof. **L. H. Thoinot** è stato strappato a soli 57 anni alla famiglia sanitaria francese.

Spese la sua attività prevalentemente nel campo della medicina legale; si è occupato molto anche d'igiene; non trascurò la patologia e la medicina interna. Lascia un « Précis de microbie » in collaborazione con Masselin, un « Traité de médecine légale », un « Précis l'autopsie médico-légale »; dirigeva con Gilbert il « Traité de médecine et de thérapeutique »; ha compiuto molte indagini pregevoli. Era professore di medicina legale alla Facoltà medica di Parigi.

Rassegna della stampa medica.

La Presse Méd., 15 apr. DANYSZ: Tentativi di chimoterapia e vaccinoterapia delle ferite in guerra.

Il Morgagni (Riv.), 16 apr. BERTARELLI: La lotta contro gli insetti parassiti durante le guerre.

Riv. di Ig. e San. pubbl., 16 apr. BERTARELLI: Per la pratica delle vaccinazioni antitifose.

Dermat. Woch., 17 apr. TRENDELENBURG: Sulla gangrena nosocomiale.

Zbl. f. Chir., 17 apr. FUNKE: La plastica cranica con piastre di celluloide.

Riv. crit. di Clin. Med., 17 apr. CIVALLERI: Precipito-diagnosi di materiale tubercolare.

The Lancet, 17 apr. WRIGHT: Le infezioni delle ferite. — CENCELLI: Teorie e investigazioni sulla pellagra.

The Journal A. M. A., 3 apr. FRAZIER: Il liquido cerebro-spinale allo stato di salute e di malattia. — TYZZER: Il virus della verruga peruviana. — ADDIS: Preparazione dei diabetici all'operazione.

The Boston M. a. S. Journ., 8 apr. BALCH: Prostatectomia perineale. — GREGG: Caratteristiche somatiche della paralisi generale.

10 apr. BUNDESEN, GRAEF, GIUSBER, MOODY: La reazione di Schick. — BURR: La diffusione e la profilassi della pazzia. — MILLS: Le ferite ricevute in battaglia.

Medic. Record., 10 apr. SCHLOESSINGK: Sul parto indolore. — MOSENTHAL: Sul trattamento del diabete.

Arch. p. le Sc. Med., n. 1. BIANCHI: Azione sul sangue del benzolo e dei suoi omologhi. — MORPUGNO: Studi emologici.

La Crón. Méd., 10 apr. AUTOLI-CANDELA: Estirpazione totale di laringe.

Paris Méd., 10 apr. AUBOYER: Tetano cronico a ricadute.

Edinb. Med. Journ., apr. STODDART: La nuova psichiatria. — BRAMWELL: Anemia perniciosa associata a degenerazione del midollo spinale.

Berl. Klin. Woch., 12 apr. SPIESS e FELDS: Sulla cura della tubercolosi. — STRAUSS: Sull'uremia. — BENDA: Scarlattina e difterite nei riguardi sociali.

The Quarterly Journ. of Med., apr. TURNBULL: Alterazioni arteriose e loro rapporto con la sifilide. — FEILING: La parotite epidemica.

Bull. J. Hoph. Hosp., apr. CORYELL: Cancro renale associato a calcolosi.

La Malariologia, 15 apr. ED. e ET. SERGENT, PARROT: Malaria in Algeria. — GALLI VALERIO e ROCHAT DE JONG: Sui culicidi. — SERGI e ROSSI: Sulla dottrina zanzaro-malarica.

La Liguria Med., 1 apr. FARMACHIDIS: Infezione Eberthiana associata al «micrococcus melitensis».

Folia Medica, 10 apr. ASCOLI M.: Diagnosi e cura della meningite cerebro-spinale epidemica.

Il Cesalpino, 1 apr. PERI: Ernia inguinale attribuita ad infortunio sul lavoro. — VIDONI: A proposito di una nuova reazione dell'orina.

Paris Méd., 17 apr. Numero sul tifo esantematico e sulla febbre tifoide.

Berl. Klin. Woch., 19 apr. ROSENOW, PEIPER: L'optochina nella polmonite. — GUTMAN: Il salvarsan sodico. — HART: Tracheobronchitis necrotisans acuta idiopatica. — STEIN: La diatermia in guerra.

Pensiero Med., 18 apr. RAMAZZOTTI: Sieroterapia ed autosieroterapia della blenorragia. — JONA: Sulla reazione dell'urocromogeno. — PROTICO: I lipoidi della midolla ossea nella malaria.

Zeitschr. f. Tuberk., apr. BLUEMEL: Il trattamento della complicazioni tubercolari. — SZÀBOKY: Il valore prognostico della curva termica nella tubercolosi polmonare.

The Journ. of Trop. Med. a. Hyg., 15 apr. CASTELLANI: Vibrione isolato da casi di paracolera: vibrio kegallensis.

Münch. Med. Woch., 20 apr. LIPP: Il reperto ematico nella vaccinazione antitifica ed anticolerica. — PAPENDIECK: Il neosalvarsan nella febbre ricorrente. — Medicina di guerra.

Riv. di Patolg. nerv. e ment., 22 apr. GIANNULI e ROMAGNA-MANOIA: Trofoedema cronico e reumatismo cronico progressivo. — EPIFANIO: Le aortiti nella paralisi generale.

Gazz. d. Osp., 22 apr. PELLEGRINI: Sull'uso dell'alcool in chirurgia.

La Rif. Med., 24 apr. GUIZZETTI e TOMASINELLI: Morbo di Marchiafava. — SINIGAGLIA: Bacillo del tetano coltivato dal sangue di tetanici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XXII. Roma, 20 giugno 1915 Fasc. 25

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AVVISO agli ABBONATI

Abbiamo interamente compiuta la spedizione del nostro premio ordinario del 1915

Manuale di OTO-RINO-LARINGOIATRIA

a tutti quegli associati che pagarono anticipatamente l'intero importo del proprio abbonamento del corrente anno, più i 50 centesimi per le prescritte spese di affrancazione e raccomandazione del premio stesso.

N. B. Coloro pertanto, residenti fuori Roma, che inviarono il solo importo di abbonamento, dimenticando i centesimi 50 per le spese di spedizione del suddetto premio, sono pregati di mandarceli subito a mezzo di Cartolina-Vaglia, se desiderano che il volume venga loro immediatamente inviato.

L'Amministratore
Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46 - Roma.

Diritti di proprietà riservati. — È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel **POLICLINICO** o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica traumatologico-ortopedica nella R. Università di Roma
diretta dal prof. R. DALLA VEDOVA.

Per la profilassi di talune debilitazioni dell'apparechio del movimento, consecutive a traumi

per il prof. R. DALLA VEDOVA.

1°. Nelle lesioni traumatiche dell'apparecchio del movimento — assolte le indicazioni terapeutiche di pronto soccorso — l'assistenza medica, lungi dall'avere esaurito il suo compito, ha ancora largo campo di attività nell'ottemperare alle indicazioni ortomorfica e funzionale: deve infatti provvedere fin dall'inizio della cura, ma sopratutto durante la ulteriore evoluzione della lesione, a che la forma e più specialmente le complesse funzioni degli organi della regione colpita, e delle contigue, possano mantenersi o ristabilirsi in condizioni quanto più è possibile simili alle normali.

2°. Per limitare la estensione e la importanza delle masse connettivali, che sostituendosi al sangue, raccolto nello spessore dei tessuti, andranno a creare aderenze inceppanti la funzione motoria, faciliterà e accelererà il riassorbimento del sangue stravasato, infiltrato o soffuso nei tessuti (posizione elevata, massaggio, applicazioni calde, che esplicano così benefica azione

sul riassorbimento del sangue infiltrato, non hanno sufficiente influenza sulle soffusioni, se non dopo che sia stato vuotato l'ematoma).

3° Non trascurerà di ravvivare la circolazione sanguigna e linfatica mediante l'esercizio metodico (passivo ed attivo degli arti, che ha azione prevalentemente locale; respiratorio, che ha azione generale); attuando così il più favorevole stimolo agli scambi biologici elementari.

4°. Sempre che non sia necessaria, eviterà la immobilità prolungata dei muscoli, come quella che costituisce il fattore principe di atrofia, di indebolimento e di rigidità: epperò — appena che sia consentito dalle condizioni locali — interromperà la immobilizzazione conferendo all'arto periodiche modificazioni nell'atteggiamento (passive prima e poi attive).

5°. Non rinuncerà a stimolare la attività contrattile dei muscoli, anche quando non sieno ancora permessi i movimenti, mediante il massaggio e mediante lievissime eccitazioni elettriche. E qui non dimenticherà che molto più rapidamente dei flessori sono soggetti alla insufficienza funzionale i muscoli estensori; e in generale que' muscoli la cui contrazione deve bilanciare la energia degli antagonisti, e insieme l'azione della gravità: sorveglierà sopratutto e stimolerà l'attività dei muscoli la cui minorazione anche lieve provoca grave *deficit* nella funzione di tutto l'arto (come il deltoide per l'arto superiore e il quadricipite estensore per l'arto inferiore).

6°. Col metodico allungamento (passivo) potrà ritardare lo accorciamento, in contrattura, negli antagonisti dei muscoli sottratti alla influenza centrale per lesione di tronchi nervosi; finchè siansi stabiliti (spontaneamente o artificialmente) i necessari compensi.

7°. Quando la immobilità di una articolazione sia necessaria, curerà che sia mantenuta in quell'atteggiamento nel quale le eventuali contratture, rigidità ed anchilosi sono compatibili con limitazioni meno debilitanti della funzione specifica dell'arto. Epperò — se peculiari condizioni non richiedano uno speciale atteggiamento diverso — immobilizzerà:

il piede in flessione ad angolo pressochè retto sulla gamba e in lieve supinazione;

il ginocchio in estensione (ma non portata all'estremo grado);

l'anca in estensione leggermente abdotta;

le articolazioni delle dita leggermente flesse;

la articolazione della mano iperestesa dorsalmente;

le articolazioni radio-cubitali in semipronazione;

il gomito nella flessione ad angolo retto;

(2)

la spalla nella abduzione (di circa mezzo angolo retto).

8°. Negli apparecchi immobilizzanti l'arto superiore — sempre che sia possibile — non comprenderà le dita, ma lasciandole liberamente sporgenti, non trascurereà di ripetere al paziente, fino alla noia, l'invito ad esercitarle nei singoli movimenti: quando potrà non comprendere la mano nella fasciatura, eviterà che essa penda (in flessione abdotta, ulnare) per prevenire l'irrigidimento della dita in estensione, che costituirebbe poi un grave ostacolo alla chiusura del pugno.

9°. Qualunque sia il metodo impiegato nella contenzione delle fratture, curerà che la esatta congruenza dei frammenti sia realmente mantenuta, pel tempo necessario, *secondo tutte le componenti dello spostamento;* evitando che spostamenti *terziari* stabiliscano ostacoli alla reintegrazione funzionale.

10°. La fiducia che compensi ortopedici possano *secondariamente* restituire la attitudine alla funzione ad un arto debilitato non esimerà il medico dalla paziente e continua azione intesa ad evitare che deformità si stabiliscano; e nei casi più gravi (fratture complesse, fratture articolari, sezioni di tendini, ferite di tronchi nervosi e del nevrasse, ecc.) non lo esimerà dall'obbligo di dare (se può) o di procurare al ferito le opportune cure ortopediche *prima che gli esiti della lesione si siano consolidati,* prima cioè che si siano inveterate storpiature mal sanabili e forse non compensabili.

MEDICINA DI GUERRA.

Istituto d'Igiene sperimentale della R. Università di Roma.

Le malattie da parassiti animali negli eserciti combattenti

per il prof. GIULIO ALESSANDRINI.

Le stesse condizioni che favoriscono fra i soldati in guerra le malattie infettive (tifo, dissenteria, colera, tifo petecchiale, meningite cerebrospinale, ecc.) concorrono senza dubbio ad aumentare il numero delle malattie parassitarie e quello dei portatori di parassiti animali.

Ciò non è davvero da trascurarsi, tanto più che noi conosciamo benissimo quanta importanza abbiano i parassiti animali e nel predisporre gli individui ad acquisire più facilmente le malattie infettive, od anche nel determinare vere e proprie malattie, le quali, se non conducono rapidamente i colpiti a morte, ne diminuiscono l'attività, ne alterano le funzioni, e ne

modificano essenzialmente il sistema nervoso che mai, come in tempo di guerra, ha bisogno che nulla aggravi quello stato anormale in cui di necessità viene a trovarsi il soldato per gli eccessivi strapazzi corporei, per i continui pericoli ai quali è esposto, per le orrende visioni d'ogni giorno e d'ogni momento.

Ed è per ciò che io ritengo indispensabile che anche questo argomento venga trattato se non altro perchè in tal modo verranno integrate tutte quelle misure che con grande zelo si vanno prendendo dalle nostre autorità sanitarie civili e militari per evitare fra le truppe lo sviluppo delle malattie.

Con questa mia breve nota quindi io intendo richiamare l'attenzione su questo argomento e, sia pure brevemente, mi intratterrò su alcuni pochi parassiti che più degli altri assumono importanza fra gli eserciti combattenti, sopratutto su quelli che trovano, nelle condizioni speciali in cui viene a trovarsi il soldato in guerra, tutto ciò che maggiormente favorisce la loro propagazione, il loro attecchimento ed il loro sviluppo.

L'agglomeramento delle truppe infatti, l'impossibilità di cambiarsi spesso abiti e biancherie, di radersi la barba ed i capelli, l'essere costretti a ricoverarsi in abituri sudici, in stalle mal custodite, il giacere su vecchia paglia servita forse ad antecedente lettiera per cavalli, anche essi mal custoditi o malati, favorirà sopratutto lo sviluppo e la propagazione della pediculosi, della scabbia umana e di quelle altre forme di acariasi psoriche o no che, proprie agli animali, sono trasmissibili all'uomo.

L'uso di acque non pure e di erbe e frutta contaminate espongono i soldati alle ascaridiosi, alle tricocefalosi, alle cisticercosi, echinococcosi, ecc. Il bere acque, direttamente negli abbeveratoi, sorgenti, ruscelli, li espone ad ingerire le giovani Sanguisughe cavalline (*Haemopis sanguisuga*) le quali poi, fissandosi nella cavità boccale, nelle fosse nasali, nelle tonsille, nel laringe, corde vocali e faringe, provocano disturbi alle volte gravissimi accompagnati da tosse ed emottisi impressionanti.

La vita della trincea, specialmente se protratta a lungo nella stagione primaverile ed estiva, oltre che alle malattie infettive epidemico-contagiose, favorisce in modo indubbio la propagazione di alcune malattie determinate da parassiti animali, come ad es. dagli Anchilostomi e dagli Strongiloidi, i quali trovano nella trincea stessa quell'*optimum* di temperatura e di umidità necessaria allo sviluppo delle uova, al pullulare delle larve, che poi infesteranno gli individui sani.

Ma se vi sono condizioni speciali che favoriscono la propagazione e l'invasione nell'organismo umano dei parassiti, non mancano di quelle che agevolano il loro attecchimento ed il loro sviluppo, una volta che abbiano invaso l'organismo stesso.

Essi infatti, dato lo stato di depressione in cui viene a trovarsi il soldato per l'eccessivo lavoro, data la sovraeccitazione psichica, l'esposizione prolungata al freddo eccessivo, al caldo soffocante od alla umidità, data la necessità di mangiare in fretta alimenti quasi sempre freddi, non trovano nell'organismo debilitato quella resistenza che rinverrebbero negli organismi normali e che si opporrebbe forse al loro sviluppo e principalmente alla esplicazione più o meno completa dei loro varî meccanismi di azione.

***

Ciò premesso quali malattie parassitarie vedremo aumentare per le condizioni speciali in cui si troveranno i soldati?

Rare saranno al certo le teniasi e le botriocefalosi. L'uso delle carni in conserva, l'abitudine di somministrare carni bovine solamente bollite e ben cotte impediranno lo sviluppo delle Tenie ed anche raro sarà il Botriocefalo per lo scarso uso che generalmente i soldati fanno del pesce, anche se verranno a trovarsi in zone ove questo parassita è comune.

Invece vedremo aumentare considerevolmente gli Ascaridi, i Tricocefali e gli Anchilostomi.

Gli Ascaridi (*Ascaris lumbricoides* Lin.) vivono nell'intestino tenue e si contraggono ingerendo le uova embrionate, disseminate con le feci sul terreno dagli stessi portatori; esse giungono nel nostro organismo con le acque, con le verdure con le frutta, con le mani o con gli oggetti contaminati (pipe, bocchini, cucchiai, ecc.).

Divenuti adulti nell'intestino esercitano una complessa azione patogena. Essi possono agire sia occludendo l'intestino stesso, quando il loro numero è considerevole, sia comprimendo l'epitelio della mucosa, diminuendone la capacità assorbente, o ledendo l'integrità della stessa.

Ma, elaborando una sostanza tossica, in alcuni individui possono determinare anche fenomeni nervosi non indifferenti.

Gli Ascaridi non possono nè debbono considerarsi quindi come innocui commensali; giacchè, anche quando si trovino in un numero scarso nell'intestino, per i loro continui movimenti, per la striatura della loro cuticola, per l'armatura boccale, per il prodotto tossico del loro ricambio, determinano alterazioni tali nella mucosa ed un grado di minor resistenza per cui l'organismo si rende vulnerabile da un gran numero di germi patogeni, la cui via di penetrazione è l'intestino.

I Tricocefali (*Trichocephalus trichiurus* Lin.) hanno la stessa evoluzione degli Ascaridi e come questi si comportano per il modo di penetrazione nell'organismo umano. Essi vivono nel cieco e, sebbene da molti si reputino come commensali del tutto inoffensivi, pure ciò in effetto non è vero. La loro azione patogena è sopratutto meccanica.

Con la parte assottigliata anteriore del loro corpo penetrano nello spessore delle pareti dell'intestino e si nutrono di liquido linfatico ed anche di sangue. Mentre le femmine, una volta fissate, raramente si muovono, i maschi cambiano di posto per ricercare la femmina e nuove lesioni provocano con le loro punture, che costituiranno anche esse tante porte aperte ai germi patogeni. Non è escluso peraltro che molte enterocoliti muco-membranose siano consecutive alla presenza dei tricocefali nell'intestino e che per le sostanze tossiche da essi elaborate e quindi assorbite, si sviluppino gravi anemie, senza dubbio di origine parassitaria, giacchè esse cessano con la morte o l'espulsione dei parassiti.

Gli Anchilostomi, col qual nome comprendiamo tanto l'*Ankylostoma duodenale* Dubini, come il *Necator americanus* (Stiles), sono certo fra i parassiti più pericolosi ed i più facili a contrarsi sopratutto dai soldati che vivono a lungo nelle trincee e dagli zappatori che debbono costruirle.

La biologia di questi due vermi è ben nota. Un individuo portatore di Anchilostoma dissemina le uova. Queste sul terreno si sviluppano e, se il grado di temperatura e di umidità sono favorevoli, danno luogo alla produzione di larve che dopo pochi giorni sono capaci di infestare individui sani. La infestazione può avvenire o per via boccale, od anche per penetrazione diretta delle stesse larve attraverso la cute.

Una volta giunte nell'intestino determinano quella grave malattia che va col nome di anchilostomiasi e che si manifesta con gran spossatezza e con notevole anemia, la quale, se in parte è dovuta alla sottrazione continua di sangue di cui sembra si nutra il parassita, è sopratutto una conseguenza dell'intossicazione dovuta all'assorbimento delle sostanze tossiche dai parassiti stessi elaborate.

Da ciò si comprenderà facilmente quanta energia indispensabile al soldato andrà perduta e quanti di essi dovranno essere allontanati dal fronte e ricoverati in ospedali per essere curati, e quante giornate di attività verranno a diminuire per la lunga convalescenza, che sarà necessaria ai colpiti per ristabilirsi, onde affrontare nuovamente le fatiche del campo.

***

Ma, come i vermi intestinali cui abbiamo accennato, così pure alcuni Artropodi possono divenire dannosi più che altrove sui campi di battaglia. Lascio da parte gli insetti pungenti quali le Zanzare (*Anopheles*) che in luoghi adatti possono trasmettere la malaria; i *Culex*, i quali (data la promiscuità delle truppe europee con quelle delle zone tropicali) potrebbero trasmettere le filariosi e tutti gli altri ditteri pungenti i quali, come gli *Stomoxys*, i *Tabanus*, le *Haematopotae*, i *Chrysops*, i *Simulidi*, le *Pulci*, ecc., non solo possono arrecare fastidi non indifferenti nella stagione estiva, ma anche inoculare alcune malattie infettive o protozoarie (carbonchio, leishmaniosi, ecc.).

Mi fermerò solo a parlare dalle Acariasi e delle Pediculosi.

Col nome di Acariasi, intendo tutte quelle forme morbose prodotte da Acari, sieno essi capaci di provocare vere scabbie, oppure si limitino a determinare con la loro puntura delle manifestazioni cutanee, le quali, in seguito al grattamento e alla penetrazione nell'epidermide di germi specifici, si traducono in vere malattie cutanee più o meno gravi.

La scabbia umana, che già è così frequente fra i soldati in tempo di pace, lo diventerà ancor più fra i combattenti. Essa è prodotta dal *Sarcoptes scabiei var. hominus*: si contrae per il passaggio sulla pelle di un individuo sano di una giovane femmina fecondata oppure di una femmina pubere e di un maschio. La trasmissione da un individuo ammalato agli altri è quindi assai facile per le condizioni speciali in cui viene ripetutamente a trovarsi il soldato: viaggiando in vagoni non sempre puliti, stando agglomerati l'un sull'altro, soggiornando in stazioni, abituri, chiese, stalle; dimorando nelle tende, sulla paglia che raramente si smuove e più raramente si cambia, sempre stipati e sempre con la difficoltà se non l'impossibilità di lavarsi e di seguire durante una campagna le norme igieniche di pulizia individuale e generale. L'intenso, insopportabile prurito notturno, che accompagna la scabbia, impedisce al soldato di riposare come si converrebbe e come le grandi fatiche diurne gliene danno intero il diritto. Avremo quindi come conseguenza che l'esaurimento in cui cadranno i malati sarà senza dubbio precoce, grave e non riparabile in breve tempo. Ma oltre alla scabbia comune da *Sarcoptes scabiei*, il quale come è noto scava gallerie nello spessore dell'epidermide, altri e non pochi Acari possono assalire e tormentare il soldato. Così ad esempio il *Psoroptes communis* (Furst), il *Chorioptes symbiotes* (Verheyen) che determinano

rispettivamente nei cavalli la *Scabbia psoroptica* e la *Scabbia simbiotica* e che possono provocare in tutti i soldati che hanno contatti con i cavalli o nei soldati che si ricoverano nelle stalle delle pseudo-scabbie. Esse non si differenziano dalla scabbia sarcoptica altro che per l'assenza delle gallerie, ma sono come quella accompagnate da intensi pruriti e da lesioni cutanee non indifferenti.

Il *Trombidium holosericeum* (Lin.) che, sotto forma larvale, denominata *Leptus autumnalis* (Shaw), vive verso la fine dell'estate nei luoghi erbosi, assale l'uomo salendo su per le gambe e fermandosi dove le legature impediscono il suo progredire. Qui infossa il suo rostro determinando il cosidetto *eritema autunnale,* caratterizzato da un intollerabile prurito, accompagnato da tumefazione cutanea dalla comparsa di numerose papule e spesso da febbre più o meno intensa.

A questi debbono aggiungersi i *Dermanyssus,* che vivono nei pollai e sui cavalli, e tutte le forme varie di Zecche, le quali, alle volte numerosissime, specialmente durante il periodo larvale o ninfale, assalgono l'uomo, lo tormentano con punture più o meno dolorose e gli inoculano assai spesso germi infettivi.

Ma senza dubbio fra gli ectoparassiti che maggiormente hanno richiamato l'attenzione degli studiosi dobbiamo ricordare il *Pediculus capitis,* il *Phthirius pubis* e principalmente il *Pediculus vestimenti* Nitzsch, che si è dimostrato come il più pericoloso, poichè, oltre alle malattie che insieme alla puntura possono determinare tutti i pediculini (prurigo, ectima, foruncolosi, ascessi, ecc.), esso è capace di trasmettere all'uomo il Tifo esantematico.

È certamente quello che più tormenta i soldati in guerra. Vive e deposita le uova fra le pieghe e le cuciture delle biancherie che sono a direto contatto del corpo, sul quale si porta solo per nutrirsi. Punge sopratutto di sera e la sua puntura provoca una papula talmente pruriginosa che l'ammalato si gratta con tal violenza da infiggere le unghie nel petto, nel dorso, nelle coscie, formando delle graffiature lineari lunghe e profonde.

La sua moltiplicazione è rapidissima e, se non si pone un freno sollecitamente, esso può divenire un vero flagello.

* * *

Da quanto si è detto mi sembra sufficientemente dimostrato che i parassiti animali debbono essere presi in seria considerazione e tutt'altro che trascurati. Essi infatti, quando anche non determinano vere malattie, alterano il chimismo della digestione, si fanno agenti disseminatori ed inoculatori di malattie protozoarie o batteriche e, ledendo le pareti intestinali od anche l'integrità della cute stessa, aprono numerose porte d'ingresso agli agenti specifici delle più temibili malattie infettive.

S'impone quindi una rigorosa profilassi che impedisca la disseminazione degli agenti infestanti e possibilmente li distrugga.

Ma, dato il modo di contaminazione e di infestazione, è possibile, in tempo di guerra, mettere in pratica tutte quelle norme profilattiche che garantiscono i soldati dai contagi o dalle infestazioni?

Si potrà impedire l'uso di acque infestate? Si potrà evitare la contaminazione di esse coll'impedire la disseminazione delle uova dei parassiti intestinali?

Si potranno fare in modo pratico e rapido, quale le circostanze del momento richiedono, le disinfestazioni delle trincee, delle stalle, degli abituri o di qualsiasi altro ricovero? Si potranno impedire i contatti fra sani ed ammalati? Io credo ciò assolutamente impossibile in pratica.

Nel tifoso, nel coleroso e nei colpiti da malattia infettiva in genere, uno dei primi sintomi a comparire è la febbre, per cui il malato è assai presto preso in considerazione, allontanato dal fronte, ricoverato nell'ospedale e, ove occorra, isolato dagli altri qualche volta prima ancora che possa rendersi pericoloso per i suoi commilitoni. Il parassitismo animale può passare inosservato per lngo tempo ed il soldato parssitato, quando comincia ad avvertire i primi sintomi, ha già disseminato intorno a sè miriadi di uova, di embrioni, di larve che non tardano ad infestare gli altri.

Anzi, vi è di più; i sintomi di spossatezza, cui vanno assai spesso soggetti, qualche stato diarroico dell'intestino senza accenno di febbre, i pruriti cutanei, lo sputo sanguinolento, che viene improvvisamente e contrasta con l'ottimo aspetto del malato, il più delle volte sono giudicati come pretesti per godere abusivamente di qualche ora o qualche giorno di riposo ed assai spesso sono *compensati* con punizioni più o meno severe.

D'altra parte bisogna anche giustificare il medico di campo il quale, non potendosi basare su alcun sintomo specifico, non ha modo di poter fare la diagnosi, per la quale occorre sempre l'osservazione microscopica, spesso lunga e ripetuta.

Data quindi l'impossibilità di una profilassi preventiva, data l'impossibilità di fare una diagnosi di sicurezza, cosa ne resta a fare? Dobbiamo dichiararci disarmati contro i parassiti animali? No! Io credo che solo una profilassi cu-

rativa sia applicabile negli eserciti combattenti contro le malattie parassitarie di cui abbiamo parlato. Ma questa profilassi curativa ha pure le sue esigenze: essa non deve limitarsi a far espellere i parassiti intestinali o uccidere gli acari o i pediculini adulti che si rinvengono sul corpo degli ammalati. Essa deve contemporaneamente mettere le uova nell'impossibilità di svilupparsi e di contaminare in seguito gli individui sani, deve essere di facile somministrazione ed applicazione, deve procurare i minori disturbi possibili per evitare la minima dispersione di tempo e di forze.

***

Insieme con il dott. Ceresoli Adriano (1), che ora sul fronte spero potrà mettere in pratica le conclusioni delle nostre ricerche, ci siamo occupati di questa importante questione, di trovare cioè un parassiticida che potesse avere energica azione sulla maggior parte dei parassiti interni ed esterni, sulle loro uova e sulle larve; che fosse di facile somministrazione e non disgustoso; che non richiedesse perdita di tempo e complicazioni nel suo uso e che non generasse disturbi locali o generali, immediati o consecutivi.

A ciò fummo indotti dalla conoscenza dei numerosi inconvenienti che arrecano i vari farmachi usati contro i diversi parassiti, quali: la necessità di far precedere la somministrazione del farmaco da una dieta preparatoria, il doversi il più delle volte propinare a più riprese, il presentare quasi tutti un'azione irritativa locale considerevole e sovente veramente tossica; l'agire per la massima parte solo come deprimenti della vitalità dei parassiti stessi, donde la necessità di far seguire, dopo un periodo più o meno lungo, un purgante (vermifugo), che scacci il parassita, il quale altrimenti, trascorsa l'azione del farmaco, ritorna in vita e continua nella sua azione nefasta; l'inefficacia ad impedire lo sviluppo delle uova.

E le nostre esperienze hanno portato alla conclusione che il cloroformio è un ottimo parassiticida, come quello che risponde a tutte le esigenze suesposte: uccide quasi istantaneamente la maggior parte dei parassiti adulti intestinali o cutanei, con i quali esso od i suoi vapori vengono a contatto; contemporaneamente impedisce lo sviluppo delle uova, ed uccide anche quegli embrioni e quelle larve che si dimostrano resistenti ai più energici farmachi finora conosciuti.

(1) Il lavoro sperimentale sull'*Azione parassiticida del cloroformio* verrà pubblicato fra breve con tutto il protocollo delle nostre esperienze.

Infatti noi sappiamo per gli studi dello Straube che l'*estratto etereo di felce maschio*, il quale è forse il sovrano rimedio contro tutti i Nematodi dell'intestino, agisce solo sulle cellule muscolari dei vermi, determinando una paralisi passeggera. Occorre quindi in secondo tempo la somministrazione di un purgante, il quale, profittando del momento in cui il parassita si trova in stato di completo rilasciamento, lo faccia espellere dall'intestino. Il vermifugo deve essere quindi dato in tempo debito: una somministrazione anticipata o posticipata può esser causa di un insucesso.

Oltre a ciò il felce maschio può riuscire tossico e può determinare disturbi (irritazione della mucosa stomacale e intestinale, albuminuria. ittero, disturbi visivi, ecc.) che alle volte espongono il malato a conseguenze più gravi che non l'elmintiasi stessa.

Il *Timolo* deve somministrarsi per lo più a dosi refratte; la cura deve essere ripetuta più volte e non è scevro anche esso di incovenienti, giacchè sovente gli ammalati vanno soggetti a disturbi renali e fenomeni irritativi a carico dello stomaco e dell'intestino, a vertigini, ecc. e la sua somministrazione deve essere circondata da grandi cautele.

Gli altri antielmintici (solfato di pelletierina, fiori di Kusso, Kamala, Eucaliptolo, Benzolo, Naftol B, ecc.) o non sono così efficaci come si crede, oppure provocano disturbi.

Il cloroformio invece riunisce in sè, a nostro avviso, grandi vantaggi; però esso non può usarsi nè in capsule gelatinose nè disciolto o sospeso in acqua. Determina irritazioni della mucosa gastrica spesso non indifferente. Il miglior modo di somministrazione è in soluzione in olio di ulivo o in olio di ricino. La dose media per un adulto è quella di 3-4 grammi in una sol volta.

Tutti i parassiti intestinali risentono l'azione del farmaco. Unito all'olio di ricino esso viene rapidamente portato a contatto di tutto il tratto intestinale e la sua azione si esplica ugualmente bene tanto sui parassiti che vivono nel tenue (*Ascaridi, Anchilostomi*) quanto su quelli che risiedono nel cieco ed anche nel retto (*Ossiuridi, Tricocefali*).

Non abbiamo avuto, nelle numerose esperienze, fatte sugli uomini e sugli animali, a lamentare insuccessi.

I pazienti lo tollerano benissimo e i parassiti vengono espulsi presto, si riscontrano morti e le uova che si isolano dalle feci, dopo la somministrazione del farmaco, sono per la massima parte incapaci di svilupparsi. Basta una sola somministrazione che non è sgradevole, giac-

chè, se si da anche con l'olio di ricino, questo perde il suo sapore disgustoso e diventa dolce e gradito.

Per quel che riguarda poi i parassiti cutanei noi sappiamo che, tanto le cure come le misure profilattiche finora note, se danno buoni risultati nelle pratica in tempi normali, hanno gravi inconvenienti sui campi di battaglia. Spesso sono di difficile applicazione perchè debbono essere affidate ad un personale speciale, richiedono molto tempo e un materiale adatto e ingombrante (bagni, doccie, stufe, ecc.), e altre volte non rispondono completamente allo scopo.

Così la sterilizzazione all'autoclave per tutti gli indumenti tenuti da scabbiosi o da portatori di pidocchi non è applicabile sul campo di guerra, come non può consigliarsi il bucato delle biancherie. Ciò richiede non solo grande quantità di vestiario di ricambio, ma una installazione speciale, impossibile ad effettuarsi sul fronte.

Inoltre molti dei rimedi consigliati si dimostrano in realtà insufficienti: infatti dalle esperienze del Wiener si è visto che le biancherie, infestate da pidocchi, esposte ai vapori di formaldeide, dopo 4 ore presentano ancora insetti vivi, completamente mobili, mentre erano morte le mosche e le cimici. Lo stesso può dirsi dell'anidride solforosa.

Ora se si tien conto che le uova degli stessi pidocchi , gli acari, le pulci e le zecche sono assai più resistenti agli agenti fisico-chimici che non i pediculini adulti, si vedrà quanto questi rimedi siano inutili. Si è consigliato per i pidocchi di far ungere ai soldati la pelle con olio canforato, con olio di finocchi, con xilolo, benzina ed etere solforico. Certo tutti questi rimedi sono capaci di asfissiare quasi tutti i parassiti cutanei ma nessuna azione, all'infuori dell'etere, essi hanno sulle uova.

Anche per questi parassiti cutanei (acari della scabbia umana, acari delle scabbie animali, pulci, pidocchi, zecche) abbiamo usato il cloroformio e constatammo che esso ha una azione parassiticida sorprendente, giacchè uccide non solo gli adulti, ma impedisce lo sviluppo delle uova. Applicato in un eccipiente grasso, nelle proporzioni del 20-30 % in peso, non determina irritazioni speciali della cute ed agisce anche, sebbene in lieve grado, come detersivo e antisettico. Per lo più una sola applicazione è sufficiente per uccidere tutti gli epizoi (pediculini, zecche ed acari che non scavano gallerie) ed impedire lo sviluppo delle loro uova. Per il *Sarcoptes scabiei* però non è sufficiente una sola applicazione, giacchè, mentre vengono subito uccisi tutti i maschi, le ninfe, le larve e le femmine giovani, che vivono alla superficie della pelle, non vengono nello stesso tempo uccise le uova e le femmine ovigere che si trovano annidate nel cul di sacco delle gallerie stesse. Occorre ripetere le frizioni per quattro o cinque volte con intervallo di due o tre giorni. Ciò in ogni modo apporterà sugli altri rimedi finora conosciuti indiscutibile vantaggio profilattico, giacchè, uccidendo tutte le forme che vivono e passeggiano sulla cute, impedirà la propagazione dei parassiti agli individui sani.

Inoltre non vi sono per esso controindicazioni speciali, nè, dopo l'applicazione del rimedio, sopravvengono complicazioni cutanee, che tanto facilmente si presentano dopo l'uso delle note pomate acaricide di Helmerich, di Wilkinson.

Con la pomata o le unzioni di olio al cloroformio si ha anche il grande vantaggio di agire pure sulle uova o lendini di pidocchi che si trovano nelle pieghe dei vestiti a diretto contatto del corpo.

Per ottenere poi una sterilizzazione entomoparassitaria completa delle biancherie o dei vestiti contaminati ritengo sufficiente rinchiuderle in una cassa qualunque od anche in un sacco impermeabile, lasciando gli indumenti a contatto per una o due ore con i vapori di cloroformio, che può mettersi dentro una scatola vuota di carne in conserva, riempita di un batuffolo di ovatta.

***

Concludendo io credo che il cloroformio, sia unito ad un purgante oleoso, sia insieme ad olio d'ulivo, a vaselina, o lanolina da spalmarsi sulla cute come pomata, debba ritenersi un ottimo parassiticida che offre notevoli vantaggi per l'uso comune ma sopratutto fra i soldati in guerra:

1° *Contro i parassiti intestinali* perchè uccide gli adulti e impedisce lo sviluppo delle uova, agendo quindi anche come mezzo profilattico; perchè unito all'olio di ricino, che di per se stesso è un ottimo purgante, non richiede diete preparatorie speciali dell'ammalato; perchè può somministrarsi in una sola volta; perchè non provoca disturbi locali o generali, nè immediati o consecutivi; perchè è tollerato perfettamente e per nulla disgustoso.

2° *Contro i parassiti cutanei,* perchè li uccide immediatamente, se adulti, e lo sviluppo delle uova è pure anche impedito; perchè, all'infuori di un bruciore passeggero sulle parti ove la cute è più delicata, non produce irritazioni locali, agendo invece come anestetico, calmando anche i pruriti più intensi; perchè è di facile applicazione, non richiedendosi per esso apparecchi o strumenti speciali.

Le malattie del cuore e dei vasi in tempo di guerra

per il prof. GIOVANNI GALLI in Bordighera.

La letteratura medica internazionale ha già dato un copioso contributo allo studio delle malattie della circolazione in tempo di guerra. Lo straordinario lavoro muscolare da una parte, gli squilibri vasali di natura emottiva dall'altra, sono durante la presente guerra così rilevanti, che hanno gravato in forma eccezionale sulla funzione del cuore e dei vasi, per cui l'attenzione dei medici militari venne dovunque, per forza di cose, attirata in maniera primaria sulle malattie della circolazione. Nei giornali medici delle nazioni belligeranti si vanno sempre più facendo numerose le osservazioni cliniche, con i relativi criterî diagnostici, prognostici e curativi.

Un gruppo importante di cardio- e vasopatie nei combattenti è costituito dalle *neurosi di cuore e vasali*. Sono queste, com'è noto, le affezioni più rumorose dal punto di vista subiettivo e che più facilmente danno segni di sè anche ai profani. Difatti esse si accompagnano a sensazioni ingrate e dolorifiche (cardiopalmo, battito arterioso molesto, parestesie precordiali, senso di oppressione, di stiramento cardiaco, disturbi respiratorî, ecc.) e presentano fatti obiettivi constatabili facilmente anche da chi circonda l'ammalato (tachicardia, tachipolso, aritmie e specialmente extra-sistoli, fatti vaso-motorî, traspirazioni profuse critiche, non di rado localizzate, ecc.). Anche nella vita abituale sono queste neurosi assai frequenti ed a ciascun medico è ripetutamente occorso di osservare individui, tormentati da simili sindromi, in preda talora a depressioni psichiche non indifferenti.

A prima vista tutta questa serie di malati si giudicherebbe inadatta alla vita militare, ma l'esperienza bellica di questi dieci mesi ha dimostrato come una buona parte di tali individui possono sopportare gli strapazzi guerreschi.

Anche nella vecchia letteratura si incontrano descritti casi, che dimostrano l'eccezionale resistenza degli individui affetti da neurosi circolatorie e mi piace qui citare le parole stesse di un medico italiano, il quale narrando un episodio della sua vita, getta una luce di viva conferma su quanto l'esperienza dell'attuale guerra è andato accumulando.

Il dott Longhi nella traduzione del trattato inglese di Stockes (1) ci fa il seguente racconto, tanto più interessante se si pensa che tali parole vennero scritte circa 60 anni or sono, quando cioè lo studio delle cardiopatie era in uno stadio iniziale.

Il dott. Longhi scrive quanto segue:

« Nell'inverno del 1848 io ero continuamente tormentato da palpitazione di cuore e da quell'umore tristissimo che accompagna quasi costantemente la cardiopatia. Stanco di soffrire consultai un dottissimo collega, studiosissimo delle malattie del petto, e questo mi disse che io aveva una ipertrofia di cuore, non grave per verità, ma inguaribile come quella che dipendeva da vizio organico. Mi suggerì un metodo di cura diretto a moderare l'azione del cuore e mi raccomandò di non abbandonarmi alla melanconia, perchè la malattia non era grave e perciò io poteva ancora avere una lunga vita, comecchè non mai scevra d'incomodi. Precisamente il dì dopo di quel consulto scoppiò in Milano la rivoluzione, alla quale ebbi una parte piuttosto attiva. Ai primi colpi di fuoco da me uditi e visti, il mio cuore batteva sì forte che io per poco non caddi a terra e temei d'essere obbligato di ritirarmi mio malgrado dal combattimento, non già per paura, ma per mancanza di forze fisiche. Pochi momenti dopo però il cuore tranquillossi, ed io mi trovai ravvolto in una scaramuccia, nella quale *non avevo agio di pensare al cuore*. Dopo quel giorno *menai vita attivissima al campo*, prima come volontario, indi ufficiale nei bersaglieri piemontesi, *senza più aver molestia veruna dal cuore*. Presentemente, 9 anni dopo quell'epoca, *godo ottima salute, nè soffro verun incomodo precordiale* e sono persuaso che nel 1848 i miei incomodi dipendessero piuttosto da temporario ingorgo al cuore a motivo della vita sedentaria che menava in quell'epoca, passando io allora 8 o 10 ore ogni giorno al tavolo, mentre in mia gioventù era stato abituato ad una vita attivissima ».

Accennato *en passant* alle ultime righe del racconto di Longhi, dove egli dice di riporre la causa del suo male cardiaco in un eccesso di vita sedentaria (concetto patogenetico di autore italiano, che nei decenni successivi, specialmente per opera di Oertel, andò sempre più confermandosi come vero e che oggigiorno ha condotto ad un efficace trattamento delle cardiopatie per mezzo del moto attivo e passivo), riteniamo importante il punto dell'aneddoto di Longhi, dove egli scrive che « ravvolto in una scaramuccia non avevo più agio di pensare al cuore ».

Questa idea è stata recentissimamente ripetuta con altre parole dal clinico di Monaco. Scrive difatti Romberg: « La potente distrazione del pensiero dal proprio stato subiettivo, a causa dei grandi avvenimenti e per l'incondizionato predominio degli interessi generali sull'individuo, costituisce la ragione fondamentale della scomparsa delle neurosi più leggere,

(1) STOCKES. *Malattie del cuore e dell'aorta.* Prima traduzione italiana del dott. A. Longhi. Torino, 1858, pag. 223.

di quelle che entrano nel dominio del medico internista ».

Non è qui il caso di addentrarci con dettaglio nella patogenesi psichica delle neurosi circolatorie; mi appare però necessario accennare — per le connessioni che presenta colla prognosi e colla cura — all'importanza capitale della psiche sulla funzione dell'apparecchio circolatorio. Una notizia lieta o mesta, in genere una depressione psichica o l'euforia, di origine esterna, provocano effetti del tutto differenti sul cuore e sui vasi, il che è ben noto ad ogni medico. Anche per tal motivo appare non infondata l'affermazione di alcuni autori, che in tempo di guerra guariscono — a condizioni pari di lesione e di cura — più rapidamente i feriti dell'esercito vittorioso. Ma quando si analizza la psiche di molti neurotici cardio-vasali, si constata come possa bastare un semplice pensiero, un ricordo, un timore e persino un fatto psichico sotto la soglia della coscienza del paziente per provocare una crisi cardio-vasale.

L'attuale guerra ha dimostrato una volta di più la giustezza di queste vedute patogenetiche delle neurosi circolatorie. Il medico consulente del lazzaretto di M. scrive a tale proposito all'incirca quanto segue: « Gli strapazzi guerreschi influenzano anche lo stato psichico dei nostri soldati, donde assai frequenti manifestazioni nervose circolatorie. Ciò si incontra specialmente in quei soldati, che hanno dovuto restare nel fuoco delle granate, od a lungo nella lotta delle trincee o che sono feriti gravemente. Tutti questi individui *presentano obiettivamente un cuore sano,* mentre la funzione circolatoria invece è alterata (tachicardia sino a 120-140 itti, fatti vaso-motori, crisi di sudore). Tali manifestazioni cardiache nervose insorgono specialmente in quei malati, che su sè o su gli altri vengono *riportati col pensiero* ai tempi gravi, che essi avevano passato sul campo di battaglia. Vere stanchezze cardiache non era possibile constatare in questi malati. *Il reperto organico era normale* ».

Si tratta dunque in tali casi di giovani precedentemente sani, nei quali, dopo essere stati esposti a traumi psichici o fisici, insorgono per la via della psiche disturbi cardio-vascolari rilevanti, *pur essendo il cuore ed i vasi sani.*

Si intravede quindi già fin d'ora — come più sotto, parlando della cura, diremo — che l'intervento terapeutico si deve esplicare sulla psiche dei malati, là cioè dove sta l'origine prima dei disturbi, e che una cura propriamente cardiaca può riuscire dannosa a tali sorta di pazienti.

Un secondo importante gruppo di vaso-cardiopatie nei combattenti è quello delle *alterazioni organiche vaso-cardiali.* L'esatta diagnostica moderna dei medici militari seleziona accuratamente chi è affetto da vizi organici. Si deve però ricordare come ciononostante sia possibile che vengano irreggimentati d'autorità individui con reali lesioni valvolari. Fra questi stanno in prima linea quelli con alterazioni latenti della mitrale. Il reperto obiettivo di tali lesioni mitraliche può essere negativo, o quasi, nella vita normale, ma quando questi cardiopatici latenti sono sottoposti agli strapazzi del campo, insorgono con facilità sintomi indubbi di insufficienza cardiaca.

In questi giorni è stato appunto descritto il caso di un fantaccino di 20 anni con vizio mitralico latente. Alle prime marcie collo zaino si sviluppò una sindrome di scompenso cardiaco, così da rendersi necessario l'allontanamento di questo giovane, prima reputato sano.

Simili casi non sono frequenti, ma per ragioni ovvie è utile non abbiano a verificarsi. Il miglior criterio diagnostico ci viene fornito dall'esame Röntgen; l'ortogramma dimostra cioè un caratteristico inarcamento, a sinistra ed in alto, della *silhouette* cardiaca, il che dinota un aumento di volume dell'orecchietta sinistra. Tale fatto non è in maniera così decisiva dimostrabile con alcun altro metodo semiotico.

Non si deve però credere che ogni vizio organico escluda l'idoneità militare; specialmente i giovani (sono descritti casi sino a 36 anni), con insufficienze aortiche, non troppo ampie e ben compensate (1), possono resistere al pari di altri soldati sani alle gravi esigenze della guerra. Il capitano Mendes nel suo ottimo manuale (2) cita una recente comunicazione di F. con « le storie di ben 12 cardiopatici, dei quali 6 affetti da vizio valvolare del cuore che, pur essendo consci della gravità della loro malattia,

(1) Mendes (v. nota 2) dice a p. 27 che « l'esperienza insegna che sono i mitralici, specialmente quelli affetti da semplice insufficienza della mitrale ben compensata, che resistono *meglio e più a lungo degli altri* alle fatiche del campo ». Quest'osservazione è degna di speciale nota, poichè l'esperienza clinica abituale porterebbe a mettere in prima linea, per capacità di resistenza, gli insufficienti aortici. È noto difatti come i vizi mitralici siano *per eccellenza dispnoizzanti* e come i mitralici, continuamente minacciati nel polmone, non hanno resistenza alle marce. Huchard, l'accurato studioso delle cardiopatie, ha sempre messo in rilievo l'*essoufflement facile* e la *dyspnée d'effort* dei vari mitralici, come *les signes fonctionnels dès le début et les premiers de tous.*

(2) MENDES. *Manuale di medicina e chirurgia di guerra.* Roma, 1915, presso il giornale « Il Policlinico ».

ricusarono di lasciare il campo e sostenuti da leggere dosi di digitalina prese ad intervalli, *e più ancora dal loro animo valoroso*, poterono compiere lunghi e faticosi servizi. Uno di questi cardiopatici prestava l'opera sua in qualità di aviatore ».

Se quindi individui, pure affetti da vizi valvolari compensati, ma spinti dal loro animo valoroso, si presentano volontari al servizio militare, devono essere accettati, poichè anch'essi possono, come si vede, resistere a faticosi servizi e quel che più importa, il loro immenso amore per la Patria li rende di un valore inapprezzabile per la diffusione nei combattenti dello spirito di sacrifizio, e del coraggio a tutta prova.

Assai più frequenti dei vizi organici si incontrano nei combattenti le lesioni a carico dei vasi e del miocardio.

Accenno subito ad una forma non tanto rara di malattia dei vasi, ed il cui giudizio può tornare imbarazzante; voglio dire delle *varici agli arti inferiori*. Il medico militare Gruner ne pubblica un caso istruttivo. Si tratta di un uomo di 37 anni, con lineamenti freschi, con muscoli ben sviluppati e con organi interni sani. Le vene degli arti inferiori sono però enormemente dilatate ed una figura, unita alla pubblicazione, dimostra a colpo d'occhio il veramente eccezionale e sorprendente aumento di volume di tutta la rete venosa dal piede alla radice dell'arto. Non esistono in nessun punto nè cicatrici, nè macchie, nè edema. Il medico, di fronte a simile reperto veramente eccezionale di sfiancamento venoso, sta per dichiarare l'individuo inetto alle armi, ma questi protesta, affermando di aver vinto l'anno precedente una corsa militare con carico e di aver inoltre al suo attivo parecchi premi in concorsi ginnastici. Le opportune indagini confermarono quanto egli affermava, per cui venne classificato come soldato di 2ª classe, ma alle sue nuove proteste, si dovette finalmente soddisfare il suo desiderio di diventare soldato combattente. Gruner conclude essere forse opportuno in casi di varici, anche voluminose (purchè non vi sia tendenza alla rottura e non esista edema), di mettere in osservazione e provare la resistenza dei varicosi, prima di dichiararli inetti al servizio militare attivo.

Passiamo ora a qualche considerazione sulla *sclerosi arteriosa* nei combattenti. Com'è noto, la resistenza alla fatica (ed anche alle emozioni) sta in istretto rapporto coll'integrità anatomica dei vasi sanguigni. Man mano che questi si sclerotizzano e perdono la loro elasticità — e tanto più se il loro calibro diminuisce — l'irrigazione sanguigna nei tessuti diventa insufficiente. L'organo funzionante (od iperfunzionante, come in tempo di guerra) abbisogna di una maggior quantità di sangue, ma se la rete arteriosa di questo organo è ridotta e rigida, appare chiaro come l'organo non potrà (almeno per lungo tempo) sviluppare un *quantum* di lavoro pari, e tanto meno superiore alla norma.

Io mi limito in questo articolo all'arteriosclerosi del cuore (1). A tale proposito è opportuno menzionare le sorprendenti (2) osservazioni anatomo-patologiche di Mönkeberg sulle salme di soldati franco-tedeschi, decessi per ferite od infezioni nei lazzaretti di D. ed O. Mönkeberg (3) espone i dati di 60 altopsie (54 tedeschi e 6 francesi). L'età media di questi 60 combattenti si aggirava intorno ai 25 anni, si trattava quindi di individui robusti e scelti, che avevano finito la loro vita nel fiore dell'età. Ebbene in 38.3 % di queste autopsie M. ha trovato una sclerosi delle coronarie, più o meno accentuata (specialmente al disopra delle valvole aortiche), per cui in 45 % delle autopsie esistevano lesioni aterosclerotiche dell'aorta e delle coronarie. M. soggiunge che tale reperto nei combattenti conferma quanto egli aveva osservato in tempo di pace, che cioè già nel terzo decennio di vita l'aterosclerosi è straordinariamente (*sic*) frequente (*ausserordentlich häufig*).

Questi dati anatomo-patologici non devono però impressionare eccessivamente il medico internista, poichè dal lato clinico noi possiamo constatare il fenomeno, tutt'altro che raro, di un organo funzionante in maniera discreta, ed

(1) Di sfuggita giova accennare all'importanza enorme della vita metodica, igienica, senza tossici, cui si sottopongono i condottieri dei grandi eserciti, ora combattenti. Solo a questo modo cervelli e reni — non anatomicamente intatti dal punto di vista vasale — possono funzionare senza claudicazioni, le quali in determinate contingenze potrebbero tornar fatali. Di un valente capo di stato maggiore si legge, per es., come egli si corichi ogni sera di buon'ora e per nessun motivo sia lecito interromperne il sonno. Alla fine di quest'articolo vedremo quale importanza abbia il sonno per il sistema nervoso dei combattenti.

(2) Mendes, parlando dell'arteriosclerosi, scrive a pag. 30: La malattia è rara naturalmente fra i soldati, ma miete le sue vittime fra gli ufficiali, che molte volte ne sono affetti precocemente (eccessi di lavoro, sifilide pregressa) ». Come si vede l'anatomo-patologo di Düsseldorf porta una correzione a queste vedute. Vedremo poi come nonostante simile frequenza (45 %) di arteriosclerosi « anatomica » delle coronarie ed aortica nei soldati, si possa essere valorosi combattenti.

(3) *Pathol.-Anat. Beobachtungen aus Reservelazaretten.* Münch. med. Woch., 12 gennaio.

anche eccellente, pur essendo anatomicamente alterato. Di ciò una novella prova ci porge (se ce ne fosse bisogno) la pubblicazione di M., i cui *post-portem* dimostrarono aterosclerotiche le arterie di individui, che avevano strenuamente combattuto (e quindi sottoposto le loro arterie ad attività eccezionali) e che per altra ragione di quella vasale erano venuti a morte.

In tali e simili casi di incongruenza fra reperto anatomo-patologico e comportamento clinico, rappresentano una parte ragguardevole il sitema nervoso e la psiche; se questi sono in istato di depressione, le lesioni anatomiche possono clinicamente dare sentore di sè, come si verifica in molti attacchi classici di *angina pectoris*, in cui all'alterazione delle coronarie è necessario si sovrapponga, quale causa occasionale, un movente psichico o vaso-motorio, perchè insorgano i singoli attacchi di claudicazione miocardica. Ma di ciò più avanti, parlando della terapia; ora preme dire qualche cosa intorno alle miocarditi ed al cuore da sforzo. Delle prime ci interessano le *miocarditi croniche;* le forme acute e febbrili per la loro sintomatologia tumultuosa ed evidente, non arrivano sul campo di guerra. Già *a priori* si giudica, che le miocarditi croniche per la loro latenza e leggerezza di sintomi debbano incontrarsi numerose fra i combattenti. Il citato Mönkeberg ci dà però una notizia gradita, poichè egli scrive che nelle sue 60 autopsie, nonostante il gran numero di lesioni coronarie, non esisteva un sol caso di miocardite. Ma non dobbiamo dimenticare, che i suoi casi erano di giovani combattenti e che l'osservazione patologica dimostra l'esistenza non rara di miocarditi in individui più avanzati in età. Inoltre questa stessa guerra ci ha insegnato, come una parte dei combattenti, esauriti dagli strapazzi, lentamente si ristabilisca ed i loro sintomi obiettivi cardiaci (dilatazione, toni parafonici, soffi in primo tempo, tachicardia, extrasistoli) possano durare più settimane od anche mesi (4-6 mesi), mentre un'altra parte di questi individui esauriti si rimettono con rapidità e possono in pochi giorni ritornare, semiologicamente normali, alla lotta.

Anzi questo diverso comportamento clinico viene dato come criterio diagnostico per giudicare se un combattente esaurito ha miocardio intatto o no.

Lo stato di insufficienza e di esaurimento cardiaco, cui si è fato ora accenno, va sotto il nome di *cuore da sforzo.*

È necessario dire una parola anche su questa importante situazione clinica. Una questione semiologica ci si presenta: esiste dilatazione cardiaca nel cuore da sforzo? Io mi schiero con quegli autori, che non solo negano una dilatazione, ma sostengono l'esistenza di una riduzione dell'aia cardiaca nello sforzo del cuore in giovani con miocardio sano (1). Nella fatica il tono del vago cade, per cui si ha un aumento della frequenza cardiaca ed un diminuito gettito sistolico con impiccolimento dell'aia del cuore, mentre il circolo periferico si dilata notevolmente.

Ma negli individui con miocardio alterato, negli individui che stanno sotto l'azione continuata di veleni cardiaci (tabacco, alcool, caffè, kola, ecc.) ed infine negli sforzi quotidianamente ripetuti — tanto più se accompagnati da stati emotivi vaso-spastici, come avviene in tempo di guerra — si tende dalla maggioranza degli autori ad ammettere, che il cuore da sforzo implichi il fatto di una dilatazione cardiaca più o meno accentuata. E dico dalla maggioranza degli autori, poichè qualcuno (2) — e tra i più competenti — si mostra tuttora ben guardingo in materia di dilatazione cardiaca ed afferma che a torto si fa troppo spesso tale diagnosi, non di rado essendovi solamente l'apparenza di una dilatazione cardiaca! L'esame ortodiagrafico porta in questa questione la mi gliore luce.

Veniamo ora alla *profilassi* ed al *trattamento.* Se una psiche ferma ed alta ha una grande importanza come preventivo e come cura nelle malattie della circolazione in tempo di pace, tanto più importa che in guerra il morale sia sostenuto ed il sistema nervoso ben valido. Ottiene i migliori risultati guerreschi quel generale, che sa infondere piena fiducia nei soldati; così il medico militare non deve mai perdere di vista il lato psichico dei suoi pazienti. Non solamente nella cura delle neurosi cardiovascolari rappresenta la psiche la parte più importante, ma anche nelle forme cardio-vasali organiche non va trascurato il trattamento psichico. *Le coeur phiysique est doublé d'un coeur moral,* ripeteva giustamente Huchard. Se per esempio un neurotico cardio-vascolare viene trattato con medicamenti cardiotonici, il malato concentra così ancor più l'attenzione sulla sua presunta malattia e la guarigione resta pregiudicata. Abbiamo visto il caso istruttivo del vecchio medico Longhi, il quale nella guerra del 1848, dimenticando il suo cuore, guariva dei disturbi cardiaci, che lo tormentavano.

Ma anche nelle forme organiche *faire naître*

(1) GALLI. *Sforzo cardiaco e «diminutio cordis acuta».* Arch. per le mal. di cuore, ecc. 1910, 1 (Letteratura).

(2) ROMBERG. M. med. Woch., 1915, 18 maggio.

chez le malade la conviction de la guerison est l'indication primordiale (Dubois). Il medico militare nel trattamento psicoterapico si trova in condizioni specialmente favorevoli, poichè la psiche dei combattenti è, sotto lo stimolo dell'amor patrio, in maniera singolare recettiva.

Un'importante regola profilattico-curativa, che non va mai dimenticata, è quella di stabilire ad ogni individuo il suo posto adatto. Il *the right man in the right place* trova una speciale applicazione in tempo di guerra: ognuno al posto per cui è adatto (1)! Poichè niente è più vero di quanto scrive un collega americano che *a person misplaced is prone to nerve tire* (un individuo non al suo posto si esaurisce). La regola indicata rende possibile l'utilizzazione in guerra anche di persone con disturbi o lesioni cardio-vascolari, le quali a prima vista costituirebbero una grave controindicazione: bisogna soltanto trovare loro il posto adeguato.

Il sonno ha un'importanza primaria, come in genere sulla salute e sulla potenzialità di tutti i combattenti, così in modo speciale su quelli che presentano disturbi o lesioni cardio-vasali. Truppe riposate sono più ardite, più attente e sparano meglio; l'esperienza in tempo di pace aveva già dimostrato come negli opifici il maggior numero di infortuni ed il minor rendimento si hanno verso sera, quando l'operaio comincia a stancarsi. L'uomo esaurito diventa nervoso, più irritabile ed i suoi centri di controllo e di freno sono rallentati. È naturalmente compito degli alti comandi di evitare l'insorgenza di periodi di esaurimento nei combattenti. Quando un cardio-paziente non dorme più di notte e fantastica sul suo male sta sotto la minaccia dell'esaurimento imminente e va allontanato dal campo prima che insorga la sindrome del cuore da sforzo. Indubbiamente si possono presentare dei casi di simulazione; su questi fa la luce più facilmente l'esame calmo del medico territoriale.

Se anche col riposo dell'ospedale non viene il sonno benefico, l'esperienza dell'attuale guerra ha dimostrato esser necessario provocare il sonno con medicamenti. Di questi i più usati sono l'adalina, il luminale, il neronale, che si amministrano a dosi intiere per 4-5 giorni. Poi si rallenta l'uso con pause di 1-2-3 giorni sino a cessarne l'uso.

Romberg insiste nel mettersi in guardia sull'uso dei cardiocinetici nelle forme neurotiche; sono invece consigliabili — oltre la psicoterapia — i medicamenti nervini, sopratutto i preparati di valeriana e di bromuro.

Nelle vaso-cardiopatie organiche si useranno invece i cardiocinetici: a dosi piccole ed a mano sospesa nelle forme lievi, a dosi massime quando vi sono sintomi di scompenso evidente. Anche in queste forme organiche è utile l'uso dei sonniferi e dei nervini, poichè sulla sindrome organica si sovrappone, come è noto, quasi di regola una sindrome nervosa.

Si deve proibire o moderare, secondo i casi, l'uso delle sostanze tossiche. In prima linea bisogna por mente all'abuso del tabacco. L'uso delle sigarette (15-40 per giorno) viene con maggior frequenza incolpato di provocare disturbi cardiaci (specialmente cardiopalmo, aritmie, costrinzione al torace), più che l'uso della pipa o dei sigari. All'alcool si dà in genere, come provocatore di fatti cardiaci, una minore importanza, almeno se usato in dosi modiche.

L'uso degli iodici è accusato da qualcuno come provocatore di disturbi tireo-tossici e la preoccupazione viene spinta così oltre da mettere in guardia sull'eccessivo uso esterno sotto forma di tintura iodica.

Nei cardio-vasopazienti con lues pregressa gli ioduri invece vengono somministrati anche sul campo ed eventualmente l'uso si alterna con cure di salvarsan e mercuriali; bisogna però accertarsi colle note reazioni di laboratorio dell'esistenza e delle modificazioni della lues sotto l'azione dei rimedi.

Scomparsi o mitigati i sintomi cardio-vasali col riposo dell'ospedale territoriale e colle eventuali cure fisiche e medicamentose, si permette al paziente di sottoporsi ad esercizi muscolari progressivi (passeggiate, ginnastica, sport), ed a tal modo il medico ha la possibilità di provare la resistenza del paziente e di allenarlo per il ritorno sul campo di guerra. Gerhardt dal lazzaretto di L. insiste su quest'azione del medico, la quale ha anche virtù psicoterapica: il vaso-cardiopaziente non va lasciato ai suoi dubbi ed ai suoi pensieri. La certezza di guarigione deve radicarsi profondamente in lui, come la certezza della vittoria deve sempre essere la guida animatrice degli eserciti!

L'indagine, come il trattamento, abbozzati nelle pagine precedenti, richiedono l'uso di strumentario speciale ed una speciale abitudine; l'esperienza della guerra ha dimostrato essere necessario aggregare come consulenti ai grandi ospedali territoriali clinici e medici di speciale competenza e si sono persino create delle sezioni appositamente adibite allo studio ed alla cura delle malattie cardio-vascolari.

(1) Non è possibile entrare qui nel valore generale di questa norma; per chi vi si interessa, è assai consigliabile la lettura dell'articolo del prof. GAUPP: *Isterismo e servizio militare,* nella M. m. Woch., 1915, 16 marzo.

La maschera italiana contro i gas tossici.

Il tipo di maschera adottato ufficialmente è di una semplicità estrema e supera sicuramente in praticità tutti quelli fin'ora ideati ed attuati. Ne abbiamo un modello sotto gli occhi.

Comprende uno scheletro di filo di rame, il quale presenta un duplice vantaggio: non si altera per azione dell'umidità ed è duttilissimo, per modo che non si spezza anche piegandolo e stendendolo più volte.

Questo scheletro ha la forma di una losanga appiattita dall'alto in basso e ad angoli arrotondati. In basso è interrotto, e le due estremità sono congiunte da un elastico che si applica sul mento. La losanga si adatta alla forma del volto con grande facilità.

Tutt'intorno all'armatura è fissato un duplice strato di tulle resistente, a maglie larghe (mm. 2.5 × 2.5); si può usare anche l'étamine.

In alto lo strato interno di tulle è libero, per modo che tra i due strati può introdursi una falda di ovatta impregnata del liquido protettore. Quando questa ovatta è stata resa inservibile, può essere sostituita facilmente senza che sia necessario di cambiare l'intera maschera.

La maschera si fissa per mezzo di due elastici che passano dietro le orecchie.

La maschera viene piegata in due e racchiusa entro una tasca di tela resistente.

Il costo complessivo risulta minimo.

Sono stati ordinati ingentissimi quantitativi di questa maschera.

R. B.

MEDICINA SOCIALE.

Infortuni e malattie renali.

(Prof. GOLDSCHEIDER).

Le lesioni renali senza ferita esterna preponderano su quelle, assai più rare, da taglio, da punta e per arma da fuoco.

Le azioni violente, da prendersi in considerazione, sono: urto e percossa contro la regione lombare e la laterale e anteriore dell'addome, caduta del corpo su queste parti, compressione della regione lombare e addominale; inoltre, per azione indiretta sui reni: caduta sulle natiche o sui piedi, contrazione muscolare (p. es. brusca retroflessione del tronco).

Le lesioni renali sono preferibilmente unilaterali, e consistono in contusione del rene, conquassamento della sostanza renale, rotture di questa e della capsula adiposa, lacerazioni della piccola pelvi, dell'uretere e dei vasi sanguigni renali; non raramente a queste se ne associano altre di parti vicine od anche lontane.

I sintomi immediati sono generali e locali. I sintomi generali, consistenti in collasso, shock, deliqui profondi passeggieri, talvolta vomito ripetuto, e derivanti parte da azione nervosa, parte da anemia per emorragia, sono di varia intensità e possono mancare. I locali sono: dolore spontaneo nella regione renale, sensibilità di questa alla pressione, ematuria, talvolta tumefazione della regione lombare per stravaso sanguigno, irritazione peritoneale. I singoli sintomi non sono costanti; così l'ematuria può non esistere, come può comparire due od anche sei giorni dopo l'infortunio. Contusione ed escoriazione della pelle possono del tutto mancare. L'esito dipende dalla gravità delle lesioni. La prognosi, anche nei casi non complicati, in generale è grave; il pericolo sta principalmente nell'emorragia e nella suppurazione. Variabilissimo è il decorso delle lesioni renali, le quali possono avere esito rapidissimamente letale o guarire con residuo di successioni morbose senza disturbi funzionali (cicatrice connettivale nella sostanza renale), come possono cagionare malattie secondarie (p. es. infezione del rene leso) e successioni morbose inguaribili.

Le successioni morbose, considerate sotto il rapporto medico-legale, si dividono nella maniera seguente:

1° *Lesioni rapidamente letali.*

In queste il nesso con l'infortunio è manifesto ed indiscutibile.

2° *Lesioni, che guariscono completamente con cicatrice ma senza disturbi funzionali.*

Anche qui il giudizio peritale non può dar luogo a discussione.

3° *Infezione secondaria.*

Per questa avviene suppurazione o putrefazione, le quali si manifestano in forme diverse di estensione, così come suppurazione di tutto il rene (pionefrosi), come ascesso renale circoscritto, come suppurazione della pelvi renale o del tessuto circostante al rene (ascesso peri- e paranefritico); può associarvisi peritonite purulenta ed anche setticopiemia. Chiarita la specie dell'infortunio e ben rilevati i primi sintomi concomitanti, il perito neppure in questo caso trova serie difficoltà.

A gravi lesioni renali non sempre seguono successioni morbose così pericolose.

4° *Nefrite acuta e cronica.*

Non è ancora accertato se una contusione del rene possa condurre a vera nefrite acuta, segnatamente se il quadro morboso, solito della nefrite acuta, possa prodursi per traumatismo. Si osservarono, collegate a talune lesioni renali, transitorie alterazioni dell'orina, simili a quelle di una nefrite: presenza di albumina,

contenuto di cilindri, ematuria. Ma questo reperto non dimostra ancora alterazioni flogistiche, potendo essere condizionato anche da lacerazione dei vasi sanguigni e del tessuto renale. In questo senso parlano alcuni casi riferiti da Pfeiffer, Stolz, i quali però, per la troppo breve durata dell'osservazione, nulla provano quanto al nesso fra lesione renale e nefrite. Di fronte a questi stanno i casi di Bäumler, Billroth, Beck, Thiem, Yarrow, nei quali il reperto orinoso, molto tempo dopo la lesione, aveva tutti i caratteri di quello nefritico. Anche Stern è proclive ad ammettere, nei casi di prolungata presenza di albumina e dei cilindri nell'orina senz'altro quadro morboso della nefrite, una circoscritta nefrite traumatica.

L'A. accetta questo punto di vista, sia perchè nella nefrite acuta possono eventualmente mancare gonfiori idropici e rilevanti disturbi di benessere, sia perchè l'infiammazione di un solo rene non può provocare quei sintomi generali, propri della nefrite bilaterale da causa interna. Si aggiunga che edemi passeggieri in taluni casi furono osservati; in questi però non fu assodato se i reni erano sani prima del trauma.

Küster, nella sua grande opera di chirurgia renale, descrive il quadro morboso della « nefrite traumatica », caratterizzato da secrezione di albumina con contemporaneo aumento della quantità di orina e da rapidissima comparsa di gonfiori edematosi. Küster, pure ammettendo la possibilità che una contusione colpisca un rene già malato cronicamente, ritiene ciò poco probabile nella grande maggioranza dei casi, opinione non condivisa nè da Stern, nè dall'A., e perchè malattie renali croniche latenti sono frequenti e perchè esami d'orina, fatti poco tempo prima del trauma, sono rarissimi. Ma se la « nefrite traumatica » di Küster non è dimostrata, non può escludersi la possibilità di una nefrite acuta traumatica, come di una malattia analoga alla nefrite acuta da causa interna. E questa cerca di spiegare Senator ammettendo che la lacerazione dei vasi e del tessuto renale, conseguenza del trauma, conducano alla mortificazione di parti del rene, e con ciò, mediatamente, ad una flogosi reattiva.

Ammessa la possibilità dell'esistenza di una nefrite acuta per lesione renale, nulla si oppone ad analoga ammissione di una nefrite cronica. Condizione necessaria per ciò è che la lesione debba aver colpito ambo i reni.

Il prof. v. Leyden riferì, come perito, in un caso di nefrite cronica, che egli ritenne in connessione coll'infortunio.

Un muratore di 52 anni cadde da un'altezza di 3 1/2 metri, riportando rilevante contusione del petto, del dorso, delle ossa pelviche, ed uno stravaso sanguigno nella muscolatura lombare. L'orina, esaminata il secondo giorno dopo l'infortunio, non conteneva nè sangue nè albumina: questa fu trovata dopo tre mesi e mezzo circa, ed allora si diagnosticò nefrite cronica, diagnosi confermata due anni e più dopo dal Leyden, il quale argomentò, come non sia necessario che una nefrite cronica cominci con sintomi acuti, ma che possa svilupparsi fin da principio lentamente, e che violente commozioni forniscono il terreno per questo lento sviluppo. L'A. però fa notare che lo sviluppo di una nefrite cronica in un tempo così breve dopo l'infortunio, come nel caso sopra citato, è un fatto strano, da autorizzare il sospetto che preesistesse un processo lento, peggiorato dall'infortunio. Nè il reperto negativo dell'orina al secondo giorno dopo l'infortunio infirma questa supposizione, consapevoli che un rene grinzo può esistere per lungo tempo senza albumina.

Interessante è pure il caso, di cui fu oggetto una perizia medico-legale del prof. Israel. Un operaio di 51 anni, per contusione o meglio commozione del dorso, prodotta per urto di un carro carico di carbone, ammalò più tardi di nefrite cronica, della quale morì tre anni dopo l'infortunio. Israel ammise tre possibilità: o la contusione di un solo rene, esclusa però dal reperto necroscopico, da cui risultò nefrite bilaterale; o preesistenza all'infortunio di una latente malattia dei due reni, peggiorata dalla commozione; ovvero contusione dei due reni con consecutiva nefrite bilaterale. Relativamente a queste due ultime ipotesi Israel dice: se il peggioramento di una nefrite preesistente, per una violenta commozione, non può porsi in dubbio, spontanea viene la domanda se in un uomo prima sano, per un'azione violenta, che non contunda i reni, possa prodursi nefrite.

Egli risponde affermativamente anche per la sola commozione; però osservazioni certe non appoggiano questa veduta, quantunque non debba escludersene la possibilità. E questa ammette anche Stern, il quale a conferma cita una sentenza del Tribunale della Confederazione Svizzera. Anche gli esperimenti negli animali, dai quali risultarono, per contusione dei reni, alterazioni, aventi qualche analogia colle nefritiche, non valsero a chiarire abbastanza l'eventuale nesso fra lesione renale e nefrite.

Che anche il rene dell'uomo reagisca fortemente a lievi eccitamenti meccanici, rilevasi dal fatto, che il palpamento di esso, a scopo diagnostico (p. es. nel rene migrante), può condurre a passeggiera secrezione di albumina. Tutte queste osservazioni parlano in favore del-

la possibilità di un processo flogistico, sì acuto che cronico, per lesione meccanica dei reni.

L'A. fa la storia di un caso, sul quale egli riferì come perito; in questo l'esistenza di una nefrite traumatica si rende molto probabile.

O... B..., derivante da famiglia sana, fu sano egli stesso fino all'infortunio del 3 giugno 1911. Dal 1905 al 1907 fece il servizio militare: poi lavorò come operaio nella ferrovia delle miniere, poscia nelle miniere stesse. Nell'agosto e nel settembre del 1910, richiamato in servizio militare, fece le manovre senza disturbi. Il 3 giugno 1911, spingendo un carro carico di pietre, fu investito da altro carro nella regione renale e spinto con l'addome contro un pilastro.

Costretto al riposo, a causa di violenti dolori al sacro, ai genitali e al peritoneo, al sesto giorno dopo l'infortunio fu visitato dal medico delle miniere, il quale diagnosticò nefrite emorragica, diagnosi confermata poi nell'Ospedale clinico, ove fu ricoverato il 4 ottobre 1911. Il 20 maggio 1912, migliorato ma non guarito, riprese il lavoro.

Il paziente è di robusta costituzione ed in buono stato di nutrizione. Ha polmoni sani, apparato digestivo normale, sistema nervoso intatto. La regione renale è sensibile alla pressione, non il fegato e la milza. Il cuore ha limiti normali; il battito della punta è indistintamente sentito: normali i toni del cuore, eccetto il secondo aortico, leggermente accentuato: pressione arteriosa normale. Mai comparvero edemi nelle estremità inferiori. Non abusò di alcool, nè di nicotina; non fu sifilitico.

Nella orina si trovò albumina: il microscopio rilevò corpuscoli rossi del sangue in discreta quantità, cilindri granulosi ed ematici, leucociti. Tanto nell'orina del rene destro che in quella del sinistro, ottenute per cateterismo degli ureteri, si trovò albumina in uguale quantità.

Nel paziente si tratta adunque di nefrite emorragica cronica bilaterale. Caratteristiche abbastanza, e non pertinenti al solito quadro della nefrite cronica, sono le leggere lesioni nell'apparato circolatorio. E siccome si tratta di una forma di nefrite del tutto insolita, cioè di un processo flogistico emorragico, prevalentemente interstiziale, senza edemi e senza aumento della pressione sanguigna, si è autorizzati a pensare non ad un processo diffuso, sibbene circoscritto nei due reni, in forma forse di flogosi reattiva a focolai nella parte contusa, come Stern ammise per la nefrite acuta traumatica.

Ora l'A. si domanda: il paziente era malato di reni prima dell'infortunio? È certo che nefriti possono esistere per lungo tempo in assenza di ogni sintoma. Se non può dimostrarsi con certezza che il paziente fosse sano prima dell'infortunio, non un sintoma accennava a preesistente nefrite. Sano e robusto nell'aspetto egli sopportò poco tempo prima dell'infortunio un faticoso servizio militare senza provarne disturbi di sorta, fu capace ad ogni sorta di lavoro, mai ebbe malattie d'importanza. I sintomi morbosi, stabilitisi in maniera acuta dopo l'infortunio, ebbero il carattere di malattia nuova e non di peggioramento di malattia preesistente.

Ma ammesso anche che il paziente fosse malato di reni prima dell'infortunio, l'esperienza dimostra che nefriti preesistenti possono provare per commozione del corpo, un peggioramento. Il caso sopra citato d'Israel; due casi di rene grinzo, osservati dall'A., nei quali, si ebbe, per infortunio, tale un peggioramento da seguirne a breve distanza la morte; il fatto che, per movimento attivo del corpo, per scuotimenti connessi a viaggi in vettura e in ferrovia, si produce in malati di reni aumento dei sintomi morbosi, tutto ciò conferma il punto di vista sopra enunciato. Ora che una commozione dell'addome e dei dintorni avvenisse effettivamente nel paziente per l'infortunio del 3 giugno 1911, non può porsi in dubbio.

Vagliate esattamente tutte queste circostanze, l'A. venne alle seguenti conclusioni:

1° non è dimostrato con certezza che la malattia renale, esistente nel paziente, sia stata cagionata dall'infortunio del 3 giugno 1911;

2° data la specie dell'infortunio è assai probabile un nesso fra esso e la malattia renale;

3° se una nefrite avesse preesistito all'infortunio è d'uopo riconoscere senz'altro; basandosi sull'esperienza, che un peggioramento potette aver luogo per la commozione dei reni.

La circostanza, che nefriti croniche possono esistere senza sintomi, può essere applicata dal perito con troppa larghezza. Infatti dovendosi accordare a commozioni generali del corpo una influenza sulle nefriti, che compaiono qualche tempo dopo infortuni di diversissima specie, e non soltanto dopo infortuni, che colpirono direttamente la regione renale, si potrà facilmente attribuire ad infortunio il peggioramento di un'affezione renale, decorsa fino allora senza sintomi. Per non incorrere in giudizi erronei occorrerà quindi un esatto valutamento critico di tutte le circostanze.

Nella produzione della nefrite altre azioni nocive, non meccaniche, possono assumere eventualmente carattere d'infortunio. Fra queste si annoverano: in prima linea nefrite da raffreddamento (bagno in acqua per caduta), ne-

frite da avvelenamento per acido arsenioso, nefrite da scottatura.

5° *Tubercolosi renale.*

Casi certi di tubercolosi renale traumatica non sono noti. Neppure i risultati degli esperimenti negli animali parlano in favore di una influenza, spettante a traumi, nella localizzazione della tubercolosi renale.

6° *Spostamento dei reni.*

La questione, in quale misura le alterazioni di posizione del rene possono prodursi per azione di un trauma, è della massima importanza.

Lo spostamento del rene è più frequente nella donna che nell'uomo, e può essere congenito e acquisito. Avvi anche una disposizione congenita a spostamento acquisito (astenia generale). Il rene destro vi è disposto in più alto grado del sinistro. Condizioni favorevoli allo spostamento sono: forte dimagramento, gravidanze o parti; sono però accertate anche cause traumatiche. Essenziale è la distinzione fra cause nocive forti, che agiscono una sola volta, e cause nocive più deboli, ma ripetute o continue. Che un rene fisso e normalmente situato, per azione violenta d'una sola volta, possa rilassarsi e farsi mobile nella cavità addominale, è un avvenimento da non prendersi qui in considerazione, rappresentando esso, per la necessaria lacerazione dei grossi vasi sanguigni, una lesione mortale. Un trauma, che agisca una sola volta, può produrre soltanto un certo grado di rilassamento e leggiero spostamento del rene, aumentabili per ulteriori influenze, ovvero un subitaneo maggiore spostamento in rene già rilassato.

Le azioni traumatiche, che producono spostamento del rene, sono: contusione della regione laterale e anteriore dell'addome, contrazione muscolare, commozione generale del corpo.

Körte in 30 casi di contusione renale osservò in 4 rilassamento e spostamento del rene in nesso coll'infortunio. In 3 casi lievissimo fu lo spostamento del rene colpito, solo in uno si ebbe rene migrante di minimo grado. Esistono altri casi simili nella letteratura, tra i quali uno di Boever, riguardante un ragazzo di 14 anni, nel quale, otto giorni dopo l'infortunio, si trovò uno spostamento. E si noti che in questo, come nei casi di Körte, potette escludersi uno spostamento preesistente al trauma.

Il reperto di un rene mobile dopo un infortunio non dimostra ancora che esso sia da riferirsi ad un trauma. Potendo un rene migrante esistere senza sintomi, un'azione violenta può o spostarlo più fortemente o contunderlo; in questo secondo caso, per la sopravvenienza di dolori e molestie prima non esistenti, è facile riferirne l'origine al trauma.

Per il risarcimento di danni ben poca è la differenza se lo spostamento del rene sia stato prodotto o soltanto accresciuto dall'infortunio, ovvero se sia stato contuso un rene già spostato, purchè si dimostri che un danneggiamento del rene effettivamente abbia avuto luogo e che a questo siano da riferire i danni acquisiti.

Se si tratta di donna, specie se pluripara, se avvi il così detto abito astenico, ovvero esistenza di enteroptosi, può sospettarsi di preesistente spostamento. Il rilassamento di un rene, normalmente allogato e fissato, può ammettersi solo quando con e dopo l'infortunio compaiono dolori nella regione renale, o sintomi eventuali di contusione del rene, ematuria, ecc.

Thiem dice che, per un esatto valutamento, è d'uopo prima decidere se le condizioni dell'infortunio siano state tali da produrre o accrescere lo spostamento, e se dal giorno dell'infortunio a quello della perizia medico-legale una serie collegata di sintomi formi l'anello di congiunzione necessario fra causa ed effetto. E siccome talvolta non sono che le indicazioni dell'infortunato, che costituiscono questo anello, così occorrerà cautela massima e critica severissima.

Nel rene mobile difficilissimo è il valutamento dei disturbi, talvolta mancanti, tal'altra rilevantissimi. L'intensità di essi dipende: *a*) dal grado dello spostamento; *b*) da eventuale ripiegamento dell'uretere ed incarceramento del rene; *c*) dal sistema nervoso. Notevole è l'influenza di questo ultimo fattore, specie se dall'infortunio sono colpite persone nevrasteniche od isteriche. Si badi pure alla nevrastenia traumatica, che segue talvolta ad infortunio.

Esagerazione ed anche simulazione completa sono anche qui possibili, specie in individui esperti ed istruiti.

Per il risarcimento di danni si deve tener conto dei disturbi subiettivi del rene mobile, anche se di natura nervosa, come del grado obiettivo dello spostamento, purchè i disturbi nervosi siano effettivamente condizionati dall'infortunio.

7° *Litiasi renale.*

Un trauma al rene può indiscutibilmente condurre a formazione di calcoli, o per distacco di cellule renali o per versamento sanguigno nella pelvi renale e formazione, intorno a questo materiale organico, d'una incrostazione di sali orinosi, ovvero per ristagno d'orina consecutivo a trauma, il quale provoca facilmente infezione secondaria e catarro della pelvi renale, cui si lega la formazione del calcolo.

Casper osservò il principio della formazione di un calcolo da un grumo di sangue.

Una calcolosi preesistente all'infortunio può da questo essere peggiorata o per emorragia o per infezione secondaria della pelvi renale. Lo spostamento di un calcolo, per trauma, appare possibile.

Potendo una litiasi renale decorrere senza sintomi è difficile decidere se essa sia da riferirsi causalmente all'infortunio, ovvero se preesistesse ad esso. Se colla radioscopia si assodano calcoli di notevole grandezza dopo l'infortunio, ovvero se esistono calcoli bilaterali ed il trauma fu unilaterale, può scartarsi il nesso causale. Se l'emorragia renale, comparsa in unione alla lesione, può condurre a formazione di calcoli, la presenza di questi nel momento dell'infortunio può dar luogo alla sua volta a facile emorragia. Un giudizio certo quindi non potrà darsi che raramente.

L'esistenza di calcoli renali, osservati dopo lesioni del midollo spinale ed anche dopo commozione cerebrale, potrebbe spiegarsi come conseguenza della paralisi vescicale e dell'infezione ascendente della pelvi renale.

8° *Idronefrosi e pseudoidronefrosi.*

Tanto l'una che l'altra possono originare per traumatismo, cioè per lesione e consecutivo restringimento cicatrizio dell'uretere, ovvero per compressione o ripiegamento di questo, in conseguenza di processi flogistici traumatici nei dintorni. Un calcolo spostato può incunearsi nell'uretere ed occluderlo. Avvenendo nel rene mobile torsioni e ripiegamenti dell'uretere, valevoli a determinarne l'occlusione, potrebbe un infortunio, anche mediatamente, condurre ad idronefrosi per produzione di rene mobile.

Oltre l'orina può versarsi sangue nel sacco ed aversi ematoidronefrosi. Un sacco idronefrotico, esistente nel momento dell'infortunio, può rompersi.

9° *Tumori maligni.*

È noto che un trauma non è senz'influenza sullo sviluppo di tumori maligni (carcinoma, sarcoma). Reni migranti, per frequenti lesioni meccaniche, possono essere sede di tali tumori. Occorre molta cautela nello stabilire un nesso fra sviluppo di tumori e lesioni, verificatesi una sola volta. Tanto una distanza di tempo brevissima che una lunghissima fra il trauma e la manifestazione della neoplasia stanno contro il nesso causale.

Nella letteratura sono registrati i pochi casi accertati di origine di un tumore maligno in legame ad una lesione renale; questa circostanza, data la frequenza dei traumi renali, merita grande considerazione.

È possibile, per trauma, acceleramento dello sviluppo di un tumore.

Dott. Z.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 29 gennaio 1915.

GRADENIGO. Presenta un caso tipico della forma morbosa conosciuta sotto la denominazione di *sindrome di Gradenigo*, costituita dai tre sintomi principali: otite media purulenta per lo più acuta, eccezionalmente cronica, paralisi dell'abducente del lato corrispondene all'orecchio malato e dolori particolarmente intensi e persistenti con sede prevalente alla regione temporale e nella profondità dell'orbita del lato malato.

Nel caso presentato ora dall'A. la sindrome era molto netta e pura mancando altri sintomi che in alcuni casi descritti da altri autori si riscontrano (fenomeni a carico dell'ottico, del trigemino e di leptomeningite purulenta). Si trattava di una donna di 25 anni che circa 3 mesi innanzi accusò i fenomeni di una otite acuta destra caratterizzata fin dal principio da dolori particolarmente intensi alla regione temporale e periorbitale. Praticata una paracentesi del timpano, persistendo le gravi sofferenze per l'insufficiente drenaggio del pus, si dovette praticare d'urgenza la mastoidotomia destra che rivelò una grave congestione sanguigna delle cellule ossee della mastoide e dell'antro. Dopo pochi giorni comparve paralisi del rethto esterno di destra, con diplopia.

L'A. passa in rivista le varie ipotesi che sono state formulate a spiegazione delle paralisi del sesto nervo: nefrite tossica, paralisi riflessa, periflebite del seno petroso inferiore con compressione secondaria del nervo abducente in un tratto in cui il seno petroso inferiore ed il nervo decorrono insieme attraverso una stretta fessura osseo-fibrosa alla punta della piramide.

Gradenigo crede che nessuna di queste ipotesi possa essere sufficiente a spiegare il reperto dei singoli casi; egli pensa invece che la paralisi del nervo abducente sia causata dalla propagazione del processo infettivo della cassa timpanica alle cellule ossee che occupano la punta della rocca: la cellulite della punta può dare origine sia alla semplice compressione del nervo abducente che decorre isolato nell'immediata vicinanza, sia ad un focolaio circoscritto di pachimeningite e di leptomeningite.

PESCI. *Anafilassi sperimentale da echinococco.* — L'anafilassi attiva non è possibile con semplice liquido, ma invece è costante usando come sostanza preparante la parete interna della cisti spappolata ed emulsionata in soluzione fisiologi-

ca in modo da iniettare 0.20-0.25 centigrammi di parete ad ogni cavia di circa 400 grammi. La prova viene eseguita con 2 cmc. di liquido idatideo nel cuore. Gli animali reagiscono con gravi fenomeni di shock, ma sopravvivono.

La prova dei fermenti di Abderhalden riesce negativa.

La deviazione del complemento è positiva in 7 casi su 9. La piastrinopenia dopo lo shock è accentuata e sta in rapporto con la gravità dello shock: quanto più imponente è la sintomatologia presentata dall'animale, tanto più basso è il numero delle piastrine.

Il rapporto fra piastrine e globuli rossi nella cavia è di 1:2. Dopo lo shock anafilattico può discendere a 1:163.

VOLPINO e BORDONI. *Risultati ottenuti nel trattamento di 4 pellagrosi mediante iniezioni successive di estratto maidico.* — I risultati furono molto buoni ed incoraggianti.

FINALI e NOVELLI hanno curato collo stesso metodo 15 pellagrosi nel pellagrosario di Ponton in provincia di Verona; di questi, 6 guarirono completamente, tre quasi, uno rimase stazionario, negli altri cinque si ebbero risultati incerti che non permettono ancora una conclusione.

LUGARO chiede quale sia stata la dietetica dei pazienti e se si può escludere che solo al vitto buono e vario debba essere attribuito il miglioramento della malattia.

VOLPINO risponde che alcuni dei pellagrosi non avevano durante la cura subìto alcuna modificazione nel vitto, altri invece furono sottoposti a migliore alimentazione.

Però il fatto che questi inviati a casa guariti o migliorati, non ostante abbiano ripresa la loro alimentazione abituale e siano tornati al lavoro dei campi da tre anni non hanno avuto più alcun sintoma di pellagra dimostra che la guarigione avvenuta non è in rapporto con la migliorata alimentazione perchè questa, come si sa, sospende solo temporaneamente i sintomi della malattia.

RÜHL. *L'azione fotodinamica della luce sui topi e sulle cavie tenute a mais.* — L'autore non ha serito sull'azione specifica della luce sugli animali sottoposti ad alimentazione maidica. La mortalità fu eguale, nè alcuna differenza si ebbe nell'accrescimento fra gli animali alimentati a mais e quelli a vitto misto.

Così non si ebbe caduta dei peli in causa di variazioni dei colori della luce.

SCAGLIONI. *Sull'azione del siero di donna gravida sugli innesti di organi embrionari.* — L'A. iniettando ripetutamente del siero di donna gravida in ratti portatori di innesti di tessuti embronarii, non ha potuto dimostrare un'influenza qualsiasi ritardante od accelerante del siero sul normale sviluppo di detti innesti.

Seduta del 26 febbraio 1915.

GRADENIGO. *Sull'impiego dell'encefaloscopia nel trattamento postoperatorio degli ascessi encefalici otitici.* — L'A. dalla sua esperienza in proposito è tratto a credere che in alcuni casi difficili, con vaste raccolte suppuranti cerebrali, lo uso dell'encefaloscopia faciliti assai la metodica e diligente medicazione e quindi il funzionamento regolare dei drenaggi; per cui non esita a considerare come indispensabile l'uso di questo semplice strumento nel trattamento postoperatorio degli ascessi encefalici.

FULCHIERO presenta ed illustra un apparecchio da lui ideato e fatto costrurre il quale permette l'esame funzionale del sistema cardiovascolare, apparecchio che serve contemporaneamente alla sfigmomanometria, alla sfigmodinamometria, alla sfigmobolometria ed all'analisi delle aritmie.

L'A. lo ha designato col nome di «oscillometro universale». PIETRO SISTO.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 28 febbraio 1915.

P. PENNATO. *Pneumotorace terapeutico e maternità.* — L'O. si occupa delle relazioni che con la cura Forlanini possono avere le funzioni della maternità. Nelle varie evenienze possibili (pneumotorace durante la gravidanza e gravidanza durante la cura col pneumotorace) si devono adottare provvedimenti basati non sul concetto generico della condizione tubercolare, ma sullo studio di ogni singolo caso. Lo stato di gravidanza non è controindicazione al pneumotorace, e profonde essendo le modificazioni indotte dalla cura, che conduce a una vera trasformazione degli organismi, possono darsi casi di gestazione ed allattamento con esiti ottimi sotto ogni riguardo. Di una di queste osservazioni l'O. riferisce la storia, contributo allo studio dell'argomento, la cui bibliografia in mezzo all'altra, già ricchissima sul pneumotorace terapeutico, si può dire appena iniziata.

R. PELLEGRINI. *Considerazioni statistiche desunte dallo studio anatomico di 400 casi di cirrosi epatica nell'uomo* (presentata dal prof. A. Bonome). — I dati desunti da 395 autopsie di cirrotici, riguardano la frequenza della malattia nelle varie epoche della vita e nei due sessi, le complicazioni della medesima col cancro, le concomitanze morbose dei vari organi interni e le condizioni in cui soccombono gli ammalati di cirrosi atrofica del fegato. A. DIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sul veronalismo cronico.

Secondo Glaser (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1914, n. 44) l'avvelenamento acuto per veronal è ormai ben conosciuto, sia dal punto di vista clinico, sia da quello anatomo-patologico. Sono invece assai poco numerosi i casi descritti di veronalismo cronico; l'A. non ha potuto infatti raccogliere nella letteratura finora esistente se non 9 osservazioni pubblicate da Laudenheimer, Hoppe, Hoeftmann (due casi), Dobrschansky, Kress, Laehr, Redlich, Muralt.

Nel caso che l'A. descrive si tratta di un uomo di 37 anni, di costituzione robusta, di carattere irritabile, il quale da anni abusava di alcoolici e di tabacco.

Nel gennaio 1911, in seguito ad un dispiacere famigliare (malattia della moglie) divenne agitato ed insonne, sicchè il medico curante gli prescrisse delle cartine di veronal, alla dose di 20 centigrammi. Gradualmente l'infermo cominciò a ingerirne quantità sempre maggiori, prima solamente al momento di coricarsi, indi anche durante il giorno; nel 1912 la dose giornaliera era di 3 grammi. Ritardando nell'ingerire il narcotico, il paziente avvertiva un senso di irrequietudine e di incapacità al lavoro; però fino ai primi giorni del gennaio 1914 non comparve alcun altro disturbo. Solo in quell'epoca insorsero e si andarono rapidamente accentuando i seguenti fenomeni: ronzìo alle orecchie, debolezza generale, svogliatezza per il lavoro, incapacità a scrivere dovuta essenzialmente ad un vivace tremore, incertezza e oscillazioni nel camminare, vertigini con tendenza a cadere all'indietro. Il 29 gennaio 1914 il paziente fu accolto all'ospedale, dove furono rilevati segni psichici e somatici di una grave affezione organica del sistema nervoso, e cioè: apatia, torpore, diminuzione della memoria, errori nel rispondere alle domande, associazione rallentata; nistagmo orizzontale, aumento dei riflessi tendinei, assenza dei riflessi addominali, atassia degli arti superiori, andatura cerebello-atassica con tendenza a cadere all'indietro, Romberg positivo. Alla fronte esisteva una eruzione maculo-papulosa; nell'orina riscontravasi abbondante quantità di veronal, ma non ematoporfirina. Fu immediatamente sospesa la somministrazione di veronal, il malato fu tenuto a letto, furono somministrati purganti e diuretici. I fenomeni psichici e somatici migliorarono rapidamente, e al quinto giorno erano già scomparsi. Tuttavia un esame dell'orecchio, praticato al decimo giorno, fece riconoscere la esistenza di leggere alterazioni a carico dell'apparato vestibolare.

Dall'analisi comparativa dei dieci casi finora conosciuti, l'A. conclude che l'uso prolungato di veronal, anche se a piccole dosi, può dare fatti più o meno gravi di intossicazione; che i sintomi riguardano principalmente il sistema nervoso, a causa della affinità che ha il medicamento per il cervelletto e l'apparato vestibolare, mentre invece l'apparecchio digerente e l'apparecchio circolatorio non vengono colpiti; e che il veronalismo cronico si incontra specialmente in soggetti neuro e psicopatici.

V. FORLÌ.

Avvelenamento da benzina.

Con l'incremento dell'uso della benzina gli avvelenamenti da questa sostanza sono divenuti molto frequenti. I sintomi costanti sono cianosi, dispnea e disturbi a carico del sistema nervoso centrale. La guarigione è la regola, la letteratura registra solo 9 casi mortali. In otto di questi si trattava di bambini, che avevano bevuto benzina per errore, in uno, una ragazza di 20 anni, a scopo di suicidio. La dose letale varia da un caso all'altro. In alcuni dei casi mortali fu sufficiente una sola boccata di benzina, ma son noti casi nei quali sono stati ingoiati 50 grammi del liquido senza alcuna grave conseguenza.

Iaffè (*Münchemer Medizinische Wochenschrift*, 1914 gennaio) ha riferito i risultati di due autopsie. Nel primo caso si trattava di un bambino di 21 mesi che bevve un sorso di benzina. I sintomi furono cianosi, collasso, vomito di muco sanguinolento, ed infine morte dopo 2 ore e mezzo dalla ingestione della benzina. All'autopsia furono trovate emorragie multiple nei lobi inferiori di ambo i polmoni. La più grande era della grandezza di una noce e parecchie erano situate immediatamente sotto la pleura viscerale. La cavità pleurica sinistra conteneva 100 cmc. di siero emorragico. Esistevano inoltre segni marcati di uno stato linfatico; il timo occupava completamente il mediastino anteriore, in tutto l'intestino, il retto compreso, i follicoli e le placche del Peyer erano ingrossati, la milza era ingrandita con i follicoli molto sviluppati. Lo stomaco conteneva del muco purulento, ma la mucosa era intatta.

Le glandule mesenteriche erano ingrossate e

molli. Le cellule del fegato contenevano dei granuli di grasso.

Nel secondo caso si trattava di un uomo di 25 anni che aveva bevuto benzina per errore. All'autopsia i fatti più notevoli furono i seguenti: emorragie multiple in ambo i pulmoni, una antica adesione appendicolare, un ingrossamento dei follicoli intestinali e di due glandule mesenteriche; lo stomaco era disteso, pieno di alimento misto a benzina, di che era imbevuta pure tutta la mucosa gastrica.

In questi casi, come in altri quattro registrati dalla letteratura, il fatto più importante è costituito dalle emorragie pulmonari. L.A. ha fatto degli esperimenti sulle cavie per stabilire se tali emorragie sono dovute all'aspirazione della benzina attraverso la trachea durante l'inghiottimento o alla eliminazione della benzina per i pulmoni. Gli esperimenti hanno dimostrato che la benzina è assorbita dalla mucosa gastro-intestinale ed è eliminata dai pulmoni. Se l'assorbimento avviene rapidamente anche rapida è la eliminazione che produce le emorragie pulmonari ed alle quali segue immediatamente la morte. Se la benzina rimane nello stomaco e non passa nell'intestino l'assorbimento è lento e conseguentemente è ritardata anche l'eliminazione attraverso i pulmoni. Ne segue una estesa necrosi ed un peculiare processo infiammatorio dei pulmoni con fatti degenerativi al fegato ed ai reni. Nessun fatto infiammatorio si verifica nello stomaco e nell'intestino. Benchè le emorragie sieno sufficientemente spiegate dalla eliminazione della benzina attraverso i pulmoni, pure non si può escludere specialmente nei bambini la influenza dell'aspirazione diretta. Il fatto che la benzina è lentamente assorbita dalla parete gastrica dà l'indicazione per il trattamento di questo avvelenamento: lo svuotamento e la lavanda dello stomaco.

DR.

TERAPIA.

Un nuovo metodo di cura del lupus vulgaris.

Heidingsfeld in *Journal af the American Medical Association* (1914) propone il seguente metodo per la cura del *lupus vulgaris*: si prepara innanzi tutto una soluzione satura di acido tricloroacetico. Di questa soluzione viene imbevuto un piccolissimo pezzo di cotone avvolto accuratamente all'estremità di un piccolo stuello di legno. Si applica così la soluzione preparata solo per quanto è possibile su ciascuno dei noduli congesti. Il rimedio esercita una manifesta azione selettiva distruggendo i noduli con molta rapidità, risparmiando nello stesso tempo il tessuto intermedio normale e le aree già cicatrizzate. L'azione elettiva è certo notevole se il rimedio viene applicato più o meno diffusamente su tutta la superficie congesta, ma i migliori risultati terapeutici ordinariamente si ottengono toccando con la soluzione separatamente ciascun nodulo per pochi secondi alla volta.

L'applicazione produce momentaneamente un senso di pena e trafitture, molesie che possono essere rapidamente alleviate mediante l'applicazione della seguente miscela: 1 parte di solfuro di potassa e solfato di zinco; 10 parti di ossido di zinco; 15 parti di acqua di calce; acqua distillata quanto basta per fare 40 parti, e polvere di carminio per dare una leggera colorazione alla soluzione. Questa seconda applicazione oltre alla sua proprietà protettiva e curativa ha anche quella cosmetica, di colorire cioè la cute eccessivamente imbianchita dalle applicazioni di acido tricloroacetico, che ad ogni modo devono essere fatte ogni volta su aree ristrette, e ripetute ogni 7-14 giorni.

In seguito a questo trattamento i noduli si ricoprono di croste superficiali che si esfoliano in capo a 5-10 giorni. La congestione generale diminuisce, i noduli impallidiscono, diminuiscono gradatamente di grandezza fino a scomparire del tutto. Le lesioni delle mucose delle labbra e del naso regrediscono con uguale prontezza e con lo stesso risultato.

DR.

La puntura lombare nelle dermatosi pruriginose.

Racconta il Thibierge che nel 1905 fece eseguire nella sua clinica la puntura lombare in un malato affetto da lichen di Wilson per studiarne il liquido cefalo-rachidiano. Il liquido non presentava alcuna alterazione, nè leucocitosi.

L'infermo che da dieci giorni soffriva intensamente per un lichen acuto generalizzato, il giorno dopo accusava lieve cefalea, e due giorni dopo già si sentiva benissimo. Nel 4° giorno lasciava la clinica, guarito del prurito e dell'insonnia; e dopo qualche altro giorno non presentava più traccia dell'eruzione cutanea.

Lo stesso risultato ebbe in una donna affetta da lichen acutissimo che, all'indomani della puntura lombare, era completamente guarita del prurito e dell'insonnia.

Dopo questi due fatti, l'A. si domandò se la puntura lombare non costituisse effettivamente un mezzo terapeutico del prurito, contro il quale così spesso le risorse medicamentose sono tanto inefficaci per quanto numerose.

E così in un uomo affetto da 10 anni di pso-

riasi sempre più pruriginosa, nel quale l'incessante grattamento aveva determinato una lichenificazione spaventosa, fu fatta la puntura lombare, e subito dopo, la notte seguente, l'infermo per la prima volta potette dormire tranquillamente.

Le lesioni di lichenificazione retrocedettero gradatamente.

Da otto anni questo felice risultato si è sempre mantenuto: l'infermo di tratto in tratto ha avuto degli accessi di psoriasi, ma non ha più sofferto di prurito.

La puntura lombare è tanto più efficace quanto più acuto è il lichen e più generalizzato. Una sola puntura può dare la guarigione in 2 o 3 giorni.

Essa è tanto meno attiva quanto più il lichen è circoscritto.

Nei pruriti diatesici più o meno generalizzati, nei pruriti localizzati (vulvare, anale) una o due punture a distanza di pochi giorni producono talora risultati notevoli.

In molti casi in cui le altre cure falliscono, la puntura lombare costituisce una vera risorsa.

Gli accidenti della puntura (vertigini, cefalea, vomito) sono passeggeri. Si estraggono in genere 3-4 cmc., non più di 6 cmc. di liquido cefalo-rachidiano.

Il meccanismo d'azione della puntura lombare contro i pruriti generalizzati non è noto.

P. SABELLA.

Pubblicazione di palpitante attualità:

Dott. G. MENDES
Capitano Medico nel 2° Reggimento Granatieri
Già Aiuto negli Ospedali di Roma

Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra

Elegantissimo volume tascabile di circa 300 pagine, con 20 figure intercalate nel testo e 1 tavola a colori (vedere Prefazione e Sommario del libro, sul foglietto rosso unito al Fasc. 8 di Sezione Pratica).

PREZZO L. 5.

Questo interessante libro che l'egregio nostro collaboratore ha cortesemente aderito di compilare pei lettori del POLICLINICO, e che nell'attuale momento acquista un'importanza tutta speciale, sarà da noi spedito immediatamente quale

PREMIO STRAORDINARIO

a tutti quei nostri associati che aggiungeranno sole

LIRE 2

all'importo del loro abbonamento per il 1915 e che lo invieranno con cartolina vaglia **non oltre il 30 giugno, termine improrogabile**, restando invariato il diritto al premio **ordinario:** *Manuale di Otorinolaringoiatria*, compilato dal prof. G. Bilancioni.

Gli abbonati che hanno già pagato l'abbonamento potranno avere il *Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra* allo stesso prezzo ridotto, inviando, entro il termine suddetto, cartolina vaglia da **L. 2** al **Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46, ROMA.**

VARIA.

Il «pane di guerra» in Germania. — La «Deutsche Mediz. Wochenschrift» del 1° aprile riportava il resoconto di una discussione tenuta nell'Istituto imperiale d'igiene di Berlino.

Vi parteciparono molti eminenti igienisti e internisti: Flügge, Rubner, von Noorden, Klemperer, Ewald, Boas, Zuntz, Ad. Schmidt, Albu, Baginsky, Magnus-Levy, Rosenheim, Neumann, ecc.

La questione principale agitata fu quella dei disturbi digerenti cagionati dai pani di guerra.

Citron riassumendo la discussione, rilevò che la percentuale degli intolleranti per il pane di grano e segale non è molto elevata e che in genere si tratta d'individui i quali già in precedenza soffrivano di disturbi digerenti.

Michaelis ritenne che l'uso del pane di grano, segale e patate fosse da bandire per i cardiopatici, i colelitiasici ed i vecchi, nei quali cagiona forti flatulenze e disturbi della digestione. Egli non contesta la necessità di risparmiare la farina di grano; ma reputa anche necessario di tutelare la salute dei malati e degl'invalidi.

Boas consigliò un pane di patate e latte scremato, il quale compensa col potere nutritivo la deficienza di sapore. Egli ritiene che i disturbi gastro-enterici lamentati non siano ascrivibili soltanto al pane, ma anche alla miseria.

Flügge, il quale presiedeva l'assemblea, osservò che si rende necessario discriminare i disturbi digerenti veri dai falsi. Ewald informò che in Inghilterra si usa un «aerated bred» il quale contiene molte più patate dei pani K usati in Germania. Egli ne mangiò in Inghilterra, ove non ha mai sentito dire che fosse mal tollerato. Kuttner ha notato che gli ipercloridrici e gli ipoclordirici non sopportano i pani di guerra, ma non ha saputo accertare il motivo. Forse la scarsa sofficità del pane di guerra ostacola l'azione dei succhi digerenti; ma alla digestione artificiale non mostrano nessuna differenza, di fronte al pane normale; anche il pasto di prova non mette in rilievo un comportamento insolito del chimismo gastrico. Umber menzionò molti casi di gravi affezioni organiche gastro-intestinali, in cui i pani di guerra erano ben digeriti. Ritiene che la perfetta cottura agevoli molto la digestione. Schmidt, pur riconoscendo che il sistema digerente si adatta a tutti i cibi, addusse delle osservazioni da cui risulta che il pane di guerra ha arrecato disturbi soggettivi ed oggettivi incontestabili. Rubner affermò di non avere ancora visto una vittima del pane di guerra, malgrado il gran-

de scalpore che si fa sui disturbi digerenti che esso cagiona.

Albu ritenne che per le persone in buona salute il pane di guerra sia sufficiente. Baginsky insistette nella necessità di tornare al pane di puro grano in molte malattie del sistema digerente.

Molti oratori si mostrarono propensi ad ammettere che le preoccupazioni ufficiali per la scarsità della farina di grano in Germania siano state esagerate e che convenga economizzare meno grano, ma risparmiare più sofferenze.

Della stessa questione si occupa nella «Berliner Klinische Wochenschrift» del 5 aprile 1915 il prof. von Noorden.

L'A. rileva che da ogni parte della Germania si elevano lagnanze di tutte le specie contro i pani di guerra.

Sono da escludere i colpiti da affezioni gastrointestinali organiche, ai quali è consentito di consumare un pane equivalente a quello *antebellum*.

Il pane contenente segale e patate tende a produrre diarrea, così negli individui a buona come in quelli a cattiva digestione, ma solo nei forti mangiatori, che consumano 400-500 gr. di pani K e KK e che masticano in fretta. Basta dimezzare loro le razioni e indurli a masticar bene, perchè i loro disturbi rapidamente dileguino.

Alcuni di questi sofferenti sono vittime dell'achilia gastrica.

Un disturbo assai frequente è l'iperacidità, in soggetti che digerivano bene sotto il vecchio regime. Probabilmente in tali casi lo stomaco reagisce con un eccesso di secrezione iperacida al *pabulum* insolito. Non c'è da aspettarsi che questi stomaci si educhino a tollerare la nuova dieta: onde il meglio che resta a fare è di somministrare piccole dosi di bicarbonato sodico, per neutralizzare l'acido in eccesso.

Il disturbo più frequente è la flatulenza: alle volte il male si presenta in forma quasi epidemica. Gl'individui che ne sono colpiti erano abituati per solito alle più fini qualità di pane bianco, che non richiedono una masticazione diligente; essi continuano a masticare in fretta il pane di guerra, ricco d'amido e di cellulosa; ma i frammenti di questo pane non vengono facilmente disgregati e disciolti dall'amilasi pancreatica e dagli altri fermenti digestivi e perciò divengono un buon mezzo di coltura per i batteri della fermentazione. L'A. riguarda il carbone animale ottenuto dal sangue, quale un ottimo rimedio di questi stati anormali; lo usa ad alte dosi, per la durata di settimane.

Raramente il pane di guerra determina stitichezza; probabilmente questa è dovuta ad altri fattori. Invece di curarla, si deve cercare di correggerla, aggiungendo alle diete dei cibi «formatori di feci», ossia ricchi di masse inerti, non digiribili, di cellulosa.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(506) Desidererei sapere:

1° se esiste incompatibilità tra gli ioduri alcalini somministrati per bocca e sostanze alimentari o medicinali. Nel caso affermativo quali sono queste sostanze;

2° se l'alcool denaturato può essere adoperato nella quotidiana pratica chirurgica per la sterilizzazione dei materiali di medicature, per la disinfezione degli istrumenti e per la confezione della tintura di iodio.

Abbonato 2687.

S. Oreste.

Gli ioduri vanno propinati di preferenza a digiuno, dacchè la presenza dei cibi nello stomaco provoca secrezione di acido cloridrico, e questo per doppia reazione dà origine ad acido iodidrico, assai irritante.

Anche il latte, col quale una volta si consigliava di somministrare gli ioduri, non è indicato, sebbene la caseina liquida o precipitata in fini fiocchetti leghi rapidamente l'acido cloridrico.

Per sopprimere ogni traccia di acido nello stomaco si può associare il bicarbonato sodico agli ioduri.

L'alcool denaturato non è meno efficace di quello puro quale antisettico: risponde benissimo nella pratica chirurgica.

Si può adoperarlo anche per allestire estemporaneamente la tintura di iodio. V.

(505) E. Smith a proposito di cure ferruginose («British medical Journal», 1908; «Minerva medica», 1909) afferma che nei ragazzi scrofolosi che soffrono di manifestazioni tubercolari alle ossa o di ipertrofia cronica alle glandole si ritiene generalmente assai indicato l'uso dello ioduro di ferro, ma pare che ancor meglio corrisponda una miscela costituita dalla tintura di percloruro di ferro con alcune gocce della soluzione di bicloruro di mercurio indicata dalla farmacopea inglese.

Si desidera sapere se trattasi della tintura eterea di cloruro ferrico (tintura di Bestuscheff) e qual'è la soluzione di bicloruro di mercurio indicata nella farmacopea inglese.

Ringraziamenti ed ossequi.

Abbonato 39.

La *tintura aurea* (*gocce d'oro*) di Bestuscheff o di Lamotte è composta di cloruro ferrico ed etere etilico; richiede una lunga preparazione (esposizione alla luce e poi conservazione allo scuro); è iscritta nella farmacopea germanica ed in quella tedesca, non in quella inglese.

La farmacopea inglese registra: una soluzione di cloruro di mercurio nel rapporto di: 0.114 in acqua distillata ad 100; una tintura di cloruro ferrico composta di: soluzione acquosa satura 25, alcool 25, acqua distillata ad 100.

L'aggiunta di cloruro mercurico alla tintura di cloururo ferrico fa affidamento sulle proprietà emopoietiche del mercurio, condivise da altri metalli pesanti; ma si tratta di un rimedio infido.

V.

(506) L'abbonato 3448 desidera che nella « Posta degli abbonati » gli si dia qualche chiarimento circa la « *Nefrite azotemica* » e che gli si dica in che consiste la *merofagia cardiaca*.

Ringraziamenti.

Abbonato 3448.

La nefrite azotemica è caratterizzata dall'accumulo di prodotti azotati (prevalentemente urea) nel sangue. Suol essere accompagnata da alta pressione arteriosa; gli edemi sono tardivi (si producono quando il cuore flette): presenta, insomma, una sintomatologia propria.

L'incontinenza del cardia consiste in una deficienza di tono dello sfintere cardiaco, per modo che i cibi rigurgitano facilmente in gola (rinvii, pirosi) e può anche prodursi mericismo o ruminazione.

V.

(507) Sarei molto obbligato a codesta redazione se nella « Posta degli Abbonati » mi si facesse conoscere dove poter avere un trattato veramente pratico di odontoiatria e che sia nello stesso tempo completo. Mi è indifferente che sia edito in italiano, francese od inglese.

Con stima

Abbonato N. 3417.

Il trattato più completo e più pratico di odontoiatria che sia stato pubblicato finora è: « The American System of Dentistry » (tre volumi di più di mille pagine ciascuno con moltissime illustrazioni), edito dal dott. Wilbur F. Litch con la collaborazione di molti eminenti specialisti, in vendita presso Lea Brothers e C. a Filadelfia, Pa. (Stati Uniti di America).

A. C.

(508) La prego volermi indicare a mezzo della rubrica « Posta degli Abbonati » quale trattato o quali monografie trattano ampiamente della miotonia congenita (malattia di Thomsen). La ringrazio.

Abbonato 1225.

Una monografia completa sulla malattia del Thomsen è quella del Prof. S. Pansini pubblicata dalla Casa Editrice Cav. V. Pasquale di Napoli.

DR.

(509) La prego a volermi indicare se vi sono autori moderni che hanno illustrato l'uso dell'olio canforato a forti dosi nelle affezioni acute dello apparecchio respiratorio e specialmente nella pulmonite crupale.

Zagarolo.

D'Antonio Sofia.

Veda l'articolo pubblicato nel fasc. 46, pagina 1616-18 del 1914.

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

P. KRAUSE. *Trattato di diagnostica clinica delle malattie interne*. Parte I. Traduzione dalla 2ª edizione tedesca del dott. G. Puritz. Casa Editrice dott. Francesco Vallardi, Milano, 1915. L. 15.

Questo del Krause è certo uno dei completi e al tempo stesso dei più sobri trattati di diagnostica medica. Per quanto i varî capitoli siano stati compilati da varî autori, pure l'armonia e la proporzione fra le varie parti è perfetta.

I nuovi mezzi diagnostici che richiedono l'uso di apparecchi speciali sono adeguatamente trattati, e sono giustamente considerati come mezzi sussidiari alla indagine clinica, che deve sempre e dovunque trovare la sua base nei segni rilevati al letto del malato.

DR.

A. LUSTIG e G. GALEOTTI. *Trattato di patologia generale*. Quarta edizione, vol. I. Società Editrice Libraria, Milano. L. 25.

Il trattato di cui ora si ristampa la quarta edizione è il libro classico italiano della patologia generale.

È un libro che onora i due insigni patologi, che ne sono gli autori, ed insieme la cultura nazionale, di cui esso è una schietta espressione.

In questa edizione sono stati ampliati i capitoli riguardanti la patologia del sistema circolatorio e la eziologia delle malattie infettive ed è stato dato adeguato sviluppo alla endocrinologia.

DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5310) *Medico condotto chiamato sotto le armi.* — Il Dott. R. M. da V. desidera conoscere in base a quale disposizione di legge al medico condotto chiamato sotto le armi per mobilitazione compete l'intero stipendio.

Al medico condotto chiamato sotto le armi per mobilitazione compete l'intero stipendio in base all'articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili, che fu, non ha guari, fatto inserire in aggiunta in tutti i regolamenti pel personale degli impiegati e salariati municipali.

(5311) *Chiamata sotto le armi di medico condotto - Sostituzione.* — Il Dott. abbonato n. 99 chiede conoscere se, essendo stato chiamato un collega sotto le armi, gli altri rimasti hanno diritto a compenso per la sostituzione o si deve nominare un interino.

Se alla sostituzione del collega assente debbasi provvedere con nomina di interino o con supplenza dei colleghi rimasti in paese, deve decidere l'Amministrazione municipale. Certo è però se alla sostituzione sono invitati i colleghi hanno costoro diritto a compenso da stabilirsi di accordo con l'Amministrazione municipale.

(5312) *Servizio militare - Volontario.* — Al Dott. abbonato n. 3453 rispondiamo che data la causa per cui si ottenne la riforma non vi è a sperare di essere ritenuto idoneo per la carica di ufficiale medico. Crediamo pure che l'applicazione del disposto dello articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili secondo cui è assicurato l'intero stipendio a chi è chiamato sotto le armi in caso di mobilitazione, non possa essere invocata da chi volontariamente si arruola. Come medico unico condotto è poi per legge esente da ogni qualsiasi servizio militare.

(5314) *Ufficiale sanitario - Nomina.* — Il Dottor A. P. da S. O. desidera conoscere quali pratiche bisogna esperire per ottenere la nomina ad ufficiale sanitario e se avendo di fatto disimpegnato tale carica per alcuni anni possa ottenere un compenso per il lavoro già fatto.

Se Ella è medico condotto e non esistono nel paese liberi esercenti, può essere dal prefetto incaricato delle funzioni di ufficiale sanitario. Occorre fare analoga domanda a detta autorità unendo il *nulla osta* da parte della Amministrazione municipale: *nulla osta* che può essere dato con deliberazione del Consiglio comunale od anche della Giunta in linea di urgenza. Pel tempo trascorso, mancando la nomina, non si ha diritto a perecepire compenso: potrebbe chiedere in linea amichevole qualche gratificazione da parte del Municipio; giacchè questo si sarebbe avvantaggiato, per la esecuzione di un importante pubblico servizio, dell'opera non retribuita di un suo dipendente.

(5315) *Pensione - Aspettativa.* — Il Dott. abbonato n. 1855 desidera conoscere se sarà computato nella pensione il tempo passato in aspettativa per infermità con due terzi di stipendio e quale pensione potrà liquidare con 25 anni di servizio e 48 di età.

Dal momento che Ella durante il periodo di aspettativa ha seguitato a godere, sebbene in proporzione ridotta, lo stipendio, potrebbe includere tal periodo di tempo in quello necessario per il conseguimento della pensione. L'articolo 55 del regolamento 9 marzo 1899, n. 121, dice, infatti, che per conseguire la pensione di riposo occorre dimostrare di possedere la laurea, una nomina regolare da parte del Comune e la percezione dello stipendio. Non accenna affatto alla aspettativa nè per ragione di famiglia nè per ragione di salute. Con 25 anni di servizio e 48 di età liquiderà l'annua pensione di lire 764.

(5316) *Denunzia di varricella.* — Il Dott. G. T. da P. desidera conoscere se la denunzia della comparsa della *varricella* in una scuola pubblica debba essere fatta caso per caso o complessivamente ogni mese con le consuete tabelle statistiche.

La denunzia della varricella nella scuola deve essere fatta caso per caso e non complessivamente a fine mese. Dovendosi procedere a sollecite ed energiche disinfezioni e dovendosi eseguire tutte le disposizioni inserite, allo scopo di impedire la propagazione del contagio, nel regolamento speciale per la profilassi delle malattie nelle scuole, approvato con R. decreto 16 ottobre 1903, n. 437, non è possibile attendere la fine del mese per aver notizia dei varî casi verificatisi in una pubblica scuola.

(5318) *Stipendio inadeguato al lavoro.* — Il Dott. D. C. da P. D. desidera conoscere in qual modo possa far valere i proprî diritti di fronte ad un Comune che corrisponde meschino stipendio al proprio condottato in relazione ad uno esteso numero di famiglie comprese nello elenco dei poveri.

Se il numero delle famiglie ammesse alla cura gratuita è eccessivo e supera di molto quel-

lo esistente all'epoca in cui assunse servizio, anzichè reclamare contro gli elenchi, la consiglieremmo di ricorrere alla G. P. A. per ottenere un aumento di stipendio di ufficio ai sensi dello articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

(5320) *Ufficiali medici di complemento.* — Il Dott. A. R. 15 desidera conoscere se essendo stato riformato mentre era ufficiale medico di complemento possa ora, che è perfettamente scomparsa la causa della riforma, chiedere nuova ammissione in servizio. Nella affermativa con qual grado e condizioni, specie riguardo al passaggio nel ruolo degli effettivi, a guerra finita.

Essendo Ella stata riformata mentre esercitava la carica di ufficiale medico di complemento non crediamo che possa ora rientrare in servizio, adducendo la effettiva cessazione dello stato di infermità che esisteva in quella epoca. Nè può avvalersi del disposto dello articolo 1° del R. decreto-legge del 28 marzo 1915, n. 357, giacchè in primo luogo non appartiene nè alla prima, nè alla seconda nè alla terza categoria ed in secondo luogo ha sorpassata l'età di anni 40.

(5321) *Casa di cura - Legalità di esistenza.* — Il Prof. G. Z. da C. desidera conoscere quale mezzo vi sia per impedire il funzionamento di una casa di cura, ove si eseguono operazioni chirurgiche, senza che sia intervenuta autorizzazione di sorta.

L'articolo 65 del testo unico della vigente legge sanitaria dispone che nessuno può aprire e mantenere in esercizio un istituto di cura medico-chirurgica se non con l'autorizzazione del prefetto, sentito il medico provinciale ed il parere del Consiglio provinciale di sanità. I contravventori a tale disposizione sono puniti con pena pecuniaria estensibile a lire 500. Essendo l'istituto cui allude evidentemente in contravvenzione perchè non possiede l'autorizzazione prefettizia, Ella può denunziare il fatto per iscritto al pretore, al procuratore del Re, a qualsiasi delegato di P. S. od a sottufficiale dell'Arma perchè agiscano ad elevarla come ufficiali di polizia giudiziaria. Quando sarà stata pronunziata la condanna può nuovamente riferirne al medico provinciale perchè adotti le misure necessarie di vigilanza onde ottenere che il fatto non si rinnovi pel tratto avvenire.

(5322) *Medico interino - Obbligo della vaccinazione - Chiamata sotto le armi.* — Il Dott. F. T. da N. desidera conoscere se come medico interino abbia il dovere di eseguire le vaccinazioni e se, chiamato sotto le armi, conservi il suo posto di medico condotto, in considerazione che era già stato titolare per tre mesi e che dal posto si era spontaneamente dimesso.

Il medico interino ha gli identici doveri del medico titolare, che supplisce, tranne che non sia diversamente disposto nell'atto di nomina. Ciò stante egli ha l'obbligo di eseguire gratuitamente le vaccinazioni pubbliche. Non può, come interino, pretendere che in caso di chiamata sotto le armi Le sia conservato il posto e lo stipendio attuale, giacchè quella facilitazione è concessa solamente ai titolari nominali in base al concorso ed aventi, perciò, diritto di conservare il proprio posto.

(5323) *Arruolamento volontario - Conservazione del posto e dello stipendio.* — Il Dott. A. R. da P. desidera conoscere se possa conservare il posto e lo stipendio arruolandosi volontariamente nel R. Esercito come ufficiale medico, non ostante avesse diritto ad esenzione come medico condotto unico del Comune.

Arruolandosi volontariamente nel R. Esercito in qualità di ufficiale medico di complemento non conserva il diritto al posto ed allo stipendio, giacchè l'articolo 1° del R. decreto-legge del 13 maggio ultimo, n. 620, si riferisce agli impiegati che sono trattenuti o richiamati sotto le armi, e non già a coloro che volontariamente si arruolano, aventi, per di più, diritto a dispensa.

(5325) *Ufficiale medico volontario del R. Esercito - Conservazione del posto e dello stipendio.* — Il Dott. abbonato n. 6135 desidera conoscere se non avendo alcun obbligo militare perchè riformato, gli sarebbe conservato il posto di medico condotto che attualmente occupa qualora volontariamente si arruolasse nel R. Esercito.

La legge-decreto del 13 maggio ultimo, numero 620, secondo cui agli impiegati è conservato lo stipendio ed il posto per l'intera durata della guerra, si applica a coloro che sono trattenuti o richiamati sotto le armi e non già a coloro che volontariamente si arruolano.

(5326) *Medico condotto chiamato sotto le armi - Diritto allo stipendio.* — Il Dott. N. P. da M. desidera conoscere da quale disposizione di legge deriva l'obbligo da parte dei Comuni di corrispondere al proprio medico condotto l'intero stipendio durante la permanenza sotto le armi in caso di mobilitazione.

Nel secondo semestre dell'anno decorso furon invitati tutti i Municipî ad inserire nei proprî regolamenti organici disposizioni identiche a quelle contenute nello articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili pei loro dipendenti eventualmente chiamati sotto le armi in caso di mobilitazione. In base a questo articolo, che ebbe più lata applicazione con l'articolo 1° del R. decreto-legge

del 13 maggio ultimo, n. 620, l'impiegato che è chiamato sotto le armi, e, quindi, anche il medico condotto conserva integro il proprio stipendio per l'intera durata della campagna di guerra.

(5327) *Decorrenza aumento stipendio - Medico di reparto ferroviario - Chiamata sotto le armi.* — Il Dott. L. V. da M. desidera conoscere da qual giorno deve decorrere l'aumento di stipendio da poco tempo ricevuto dalla Amministrazione municipale, se per conservare il posto di medico di reparto ferroviario occorra apposita deliberazione del Consiglio comunale e se per l'esenzione dalla chiamata occorra certificato del sindaco.

Quando non vi è speciale disposizione tassativamente inserita nel regolamento, l'aumento di stipendio decorre dal giorno dell'approvazione dell'atto che lo concede da parte della G. P. A. per mantenere il posto di medico di reparto delle ferrovie bisogna ottenere analoga deliberazione del Consiglio comunale, tranne se nel capitolato o nell'atto di nomina fosse contenuta autorizzazione generica a coprire ed esercitare uffici sanitari diversi dalla condotta. Per ottenere la esenzione dalla chiamata sotto le armi occorre che il sindaco a norma dello articolo 4 del R. decreto 13 aprile 1911, attesti sotto la di lui personale responsabilità che l'opera del condottato è assolutamente indispensabile per il retto andamento del servizio.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

* ABBASANTA (*Cagliari*). — Condotto per tre Comuni; L. 4000 lorde. Scad. 25 giugno.

CANTIANO (*Pesaro*). — Seconda condotta semi-residenziale; L. 4200, senz'obbl. cavalc. Proroga al 10 luglio. Accettaz. entro 20 giorni, servizio entro 30. Ab. 4658, di cui 2502 nel reparto di ettari 4100; ospedale con camera operatoria.

CHIAMPO-SAN PIETRO MUSSOLINO (*Vicenza*). — Condotta; L. 4000 con l'obbligo del cavallo e per i soli poveri. Residenza a Chiampo. Termine 30 giugno. Documenti di rito.

DUALCHI-NORAGUGUNA (*Cagliari*). — Condotto; L. 4150. Scadenza 30 giugno.

GABBRO DI COLLE SALVETTI (*Pisa*). — Condotta semi-residenziale; L. 380 o più L. 700 per cavalcatura. Scadenza 30 giugno.

GALATRO (*Reggio Cal.*). — Condotto generalità; L. 2600 oltre L. 100 quale U. S. Due anni di esercizio professionale. Età 29-60 anni. Servizio entro 5 giorni salvo legittimo impedimento nel qual caso richiedesi esplicito atto di accettazione. Scad. un mese dal 25 maggio.

GATTEO (*Forlì*). — Condotto per S. Angelo in Salute; L. 3000 lorde e L. 600 di cavalc., L. 1500 per l'ambulatorio da tenersi nella frazione; tre sessenni sullo stipendio iniziale. Per i primi 1000 poveri ammessi ai sensi di legge alla somministrazione dei medicinali gratuiti, e per i poveri in più, verranno corrisposte L. 75 per ogni 75 poveri e frazioni. Scadenza 24 giugno.

GIMIGLIANO (*Catanzaro*). — 2ª condotta; L. 2200 lorde, con aumenti sess. Età limite 35 anni, s. e. r. Servizio entro 20 giorni. Scad. 30 giugno.

LEVATE (*Bergamo*). — Consorzio con Sabbio Bergamasco; ab. 1700. L. 4000. Rivolgersi sindaco di Sabbio Berbamasco. Scad. 30 giugno.

MIANO (*Treviso*). — Condotto residenziale; L. 4150 lorde. Scadenza 20 luglio.

* MONFALCONE APPENNINO (*Ascoli Piceno*). — Medico; L. 4000 e L. 600 per indennità di cavalcatura; assicuraz. Scadenza 25 giugno.

MONTEFALCO (*Perugia*). — Il concorso alla condotta (L. 4400) è prorogato a tutto il 31 agosto.

PERRERO (*Torino*). — Condotto ufficiale sanitario per Consorzio; L. 3500. Scadenza 30 luglio.

PIOVERA (*Alessandria*). — A tutto 30 giugno condotta per i poveri; ab. 1451 di cui circa 300 in poche case sparse; L. 1300 lorde con 4 quinquenni del decimo e L. 250 quale U. S.

ROSIGNANO MARITTIMO (*Pisa*). — Condotta di Castelnuovo della Misericordia, semi-residenziale; L. 3800. Scadenza 30 giugno.

SALTARA (*Pesaro*). — Il concorso alla condotta medica è prorogato a tutto il 22 giugno.

SAN RAFFAELE CIMENA (*Torino*). — Condotto U. S.; poveri; L. 2500 lorde con 4 sessenni. Scadenza 30 giugno.

SCLAFANI (*Palermo*). — Condotta piena; lire 3500 lorde e un sessennio, alloggio; due anni di laurea; obbligo arm. far. Scad. 15 luglio.

Medico-chirurgo quarantenne, ottime referenze, lunga pratica ospedali, condotte, impegnerebbesi subito o per epoca prossima, per interinati, per Comuni o per supplenze colleghi condotti o anche medici liberi richiamabili, desiderosi mantenere clientela privata durante forzata assenza. Preferiscesi località mare, laghi. Scrivere Casella postale 55, Udine.

Giovine medico-chirurgo esente da servizio militare, U. S.; cerca interinato a buone condizioni. Scrivere: dott. Antonio De Capua, Longobucco (Cosenza).

Medico fornito di ottimi titoli e di congedo militare assoluto, pratico di condotta, accetterebbe dal 25 giugno un interinato in montagna (Piemonte oppure Appennino ligure e centrale). Dirigersi al dott. Arnoldo Veneziani, Bologna, via Marsala 41, indicando estensione della condotta in chilometri quadrati.

Medico chirurgo giovine accetterebbe subito interinato, supplenza, buone condizioni Italia centrale: per offerte dettagliate e trattative dirigersi al dott. Carretto, Maschito (Potenza).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.

Diffide e boicottaggi:

Revoca di diffide: Castelsangiovanni (Piacenza), Consorzio Chelio-Trarego (Novara), Castiglione dei Pepoli (Bologna).

NOTIZIE DIVERSE.

Assistenza sanitaria per i feriti e i malati in guerra.

Si moltiplicano in modo meraviglioso le iniziative dirette a sussidiare la Croce Rossa Italiana e ad ospedalizzare i feriti ed i malati reduci dal campo. Non possiamo tener dietro a tutto questo intenso movimento. Possiamo solo affermare che da tempo si è fronteggiata la possibilità di ricoverare oltre mezzo milione di feriti nelle varie città italiane.

In questa nobile gara si è distinta, come al solito la città di Milano.

Unione generale degl'insegnanti italiani per la guerra nazionale.

L'on. prof. Scialoia ha diramato la seguente lettera-circolare:

« Pregiatissimo Signore,

« Ringrazio innanzi tutto Lei e quanti colleghi e presidenti di associazioni (Associazione nazionale fra i professori universitari, Associazione nazionale fra i liberi docenti, Associazione nazionale fra i capi d'istituto, Federazione nazionale fra gl'insegnanti delle scuole medie, Unione magistrale nazionale, Associazione magistrale italiana « Niccolò Tommaseo », Associazione nazionale fra gl'ispettori e vice ispettori scolastici, Federazione ginnastica italiana, ecc.), hanno aderito con calde e lusinghiere espressioni di plauso e di solidarietà, alla mia proposta di unirsi in un sol fascio per l'assistenza e propaganda spirituale in sostegno della nuova e ultima guerra d'indipendenza italiana. La poderosa lega di tutti gli educatori civili d'Italia, ai quali l'on. ministro della P. I. per mio mezzo rivolge, anche in nome del Governo, un vivo encomio, assume da oggi il titolo di « Unione generale degl'insegnanti italiani per la guerra nazionale ».

« Mentre il Comitato centrale, tenendo conto delle singole proposte e offerte, prepara un piano particolareggiato di lavoro, che sarà presto noto, mi affretto a rassicurare quanti, nell'aderire, hanno avuto parole di esitazione circa la possibilità di riuscire utili, data l'indole specialissima delle discipline professate e dell'attività pratica da ciascuno perseguita. Medici, matematici, filologi, ingegneri, tecnici di qualsiasi specialità, cultori di scienze pure o astratte, tutti, in quanto rappresentanti dell'alta coltura, hanno indubbiamente una parte notevole nella vita morale del Paese; tutti godono, in pubblico e in privato, autorità e prestigio, così che la loro parola, il loro consiglio, il loro stesso modo personalissimo di pensare, di sentire, di condursi, può avere una suggestiva forza di espansione, destare echi, servire di modello, assumere un'importanza sociale, spesso decisiva. Ognuno può adunque rendersi utile alla santa causa; tanto più che l'assistenza, cui noi vogliamo dedicarci, non deve esplicarsi necessariamente con conferenze e discorsi, ma, come molti colleghi opportunamente suggeriscono, di continuo, in ogni occasione si offra, preferibilmente nella conversazione privata con gli umili e con gl'indotti, poichè in tal modo si possono meglio combattere e ribattere pregiudizî, esitazioni, debolezze, errori, e rinvigorire i convincimenti sani e le disposizioni generose. Alcuni hanno autorevolmente mosso qualche dubbio sulla efficacia dell'assistenza spirituale, se disgiunta da aiuti positivi. Essi hanno certo ragione. Ma pure bisogna tener presente, in primo luogo, che la nostra propaganda deve investire tutte le classi sociali, e che le tendenze egoistiche fanno più spesso capolino nelle classi agiate; in secondo luogo che l'assistenza rivolta agli umili deve comprendere per l'appunto la ricerca affettuosa di tutti quegli stati di bisogno, che potrebbero debilitare le migliori disposizioni dell'animo; e segnalarli ai Comitati locali di assistenza; dei quali, non dubito, gl'insegnanti o sono già, o debbono divenire dappertutto molta e autorevole parte. Infine agli egregi colleghi, che hanno l'invidiato privilegio di trovarsi tra i combattenti, rivolgo un commosso saluto e augurio, e la preghiera di dedicare ai nostri bravi soldati quell'opera di conforto e di persuasione che noi dedichiamo alla popolazione civile.

« Col massimo riguardo

On. prof. Vittorio Scialoia della R. Università di Roma ».

Il ministro della pubblica istruzione ha diretto all'on. senatore Vittorio Scialoja la seguente lettera:

« Onorevole Senatore,

« Con vivissimo compiacimento vedo la nobile iniziativa dei professori universitari e dei pubblici educatori nel proporsi il compito di tenere alto lo spirito pubblico con la parola e con gli scritti in questo momento così grave per le sorti della Patria. A Lei, che tanto autorevolmente sta a capo dell'alta impresa, voglio esprimere la mia piena soddisfazione e il mio plauso cordiale, e aggiungere a nome del Governo una parola d'incoraggiamento e l'espressione della piena fiducia nell'opera sapiente e zelante dei coltivatori della nostra gioventù a qualunque ordine di scuole essi appartengono. Voglia, illustre senatore, gradire e partecipare i ringraziamenti e i sentimenti di sincera ammirazione ai Suoi colleghi e collaboratori a cui appartengono tanti uomini insigni per altezza di mente e generosità di cuore, che danno sì nobile esempio alla gioventù e al paese. Ella abbia, onorevole professore, la mia particolare riconoscenza con l'augurio del pieno successo della Sua valida opera per i nuovi destini della Patria: e mi tenga quale con la massima stima mi confermo

P. Grippo ».

L'on. prof. Vittorio Scialoja ha risposto ringraziando in nome di tutti i Suoi colleghi e collaboratori di ogni ordine e grado, e offrendo all'on. ministro la presidenza onoraria dell' « Unione generale degl'insegnanti italiani per la guerra nazionale ».

Il Comune di Napoli ai sanitari.

L'assessore di Napoli per l'igiene ha diramato la seguente circolare:

« Ai sanitari del Comune di Napoli,

« In questa ora suprema, in cui la Patria chiede ai figli suoi sacrifizî pari alla grande causa

di civiltà che essa sostiene, ed al radioso avvenire che ne spera, già i medici tutti d'Italia hanno mostrato quelle virtù subilimi, che in ogni circostanza hanno fatto e fanno apparire sempre più alta, nobile, utile ed efficace l'opera loro. Quelli fra essi che hanno avuto la ventura di essere chiamati sui campi onorati delle battaglie, sapranno con singolare serenità ed abnegazione, con zelo, con entusiasmo e con orgoglio e cuore italiani, lenire le miserie, diminuire i dolori, medicare le ferite dei combattenti, confortare e raccogliere con tenerezza e con sacre e sante parole gli ultimi aneliti dei morenti. Ma non meno importante e grandiosa è l'opera di quegli altri medici, che sono restati e resteranno tra le file del popolo di cui essi più che gli altri conoscono i molti pregi e i piccoli difetti, i facili entusiasmi ed i più facili scoraggiamenti, le naturali debolezze e le giustificate passioni. Aiutare e proteggere con sani consigli coloro che sono restati, prevenirne i mali fisici, mitigarne i dolori morali, col far ridestare in essi quella forza psichica, che è indispensabile a preparare e ad ottenere segretamente le grandi vittorie, curarli con grande affetto in caso d'infermità, soccorrerli nei duri bisogni della vita, anche questa è sopra ogni altra opera altamente umana, civile e nazionale. Ed è quest'opera, alla quale si sono spontaneamente e con ammirevole slancio offerti tutti i medici civili, è a questa opera, dicevo, che io spero, anzi son sicuro, contribuiranno in modo speciale i sanitarî tutti dell'Amministrazione comunale di Napoli, perchè essi senza dubbio più degli altri sono stati educati allo spirito di sacrifizio ed alla grande scuola di dolore.

L'assessore: prof. G. Tedeschi ».

Deputati medici sotto le armi.

Da un elenco pubblicato sul « Giornale d'Italia » risulta che sono sotto le bandiere i seguenti medici deputati:

Nel Corpo sanitario militare: maggiore: Caporali (Lanciano). — Capitani: Tinozzi (Penne); Bianchi Vincenzo (San Bartolomeo in Galdo); Mazzarella (Sessa Aurunca); Vignolo (Chiavari); Paparo (Caulonia); Rindone (Regalbuto); Morisani (Piedimonte d'Alife); Pirrini (Paola).

Nella Croce Rossa: tenenti: Guglielmi (Montefiascone); Dello Sbarba (Lari).

Nella Croce di Malta: tenente colonello Pantano (Giarre).

L'on. Casalini G. (III Collegio di Torino) andrà come sottotenente medico.

Gli odontoiatri milanesi per la guerra.

Gli odontoiatri milanesi si sono radunati nella loro sede ed hanno inviato al ministro della guerra l'offerta dell'opera loro.

Considerato il numero piuttosto alto nelle attuali guerre dei feriti ai mascellari e denti, da essere resi perciò inadatti a qualunque servizio, come pure dei soldati che hanno apparecchi di protesi dentaria cui possono occorrere riparazioni, l'offerta degli odontoiatri è assai opportuna.

L'offerta è stata fatta col seguente telegramma:

« A S. E. on. Zupelli, ministro della guerra, Roma.

« Il sottoscritto in proprio ed a nome degli odontoiatri milanesi, rende noto a V. E. che tale Associazione, nell'attuale momento d'Italia e nella probabilità d'una guerra moderna, dove le ferite da arma da fuoco nelle trincee sono nella maggior parte alla testa e specialmente alla bocca e ossa mascellari, e come l'opera del medico dentista abbia un valore importante col pronto intervento di cure mediche e protesiche moderne sollevando infermi da acutissimi dolori, ridando la masticazione e l'estetica facciale; che in tempi passati tali lesioni producevano conseguenze gravissime; sentono il dovere di spontaneamente offrire la loro opera da svolgersi nel modo e coi mezzi che V. E. crederà opportuno di adottare.

Dott. Mario Zuccari ».

Guido Baccelli per la guerra.

Il prof. Guido Baccelli ha messo a disposizione dell'Autorità militare la propria clinica.

Egli ha riassunto così il suo pensiero:

« La guerra è incominciata. La coscienza nazionale è altissima nel convincimento del suo diritto; le parole aspreggianti dell'Imperatore austriaco e del suo erede cadono dinanzi alla coscienza degli italiani come frecce avvelenate, ma senza forza. Noi ci troviamo uniti coi nostri fratelli d'armi del 1859, coll'amicizia inglese, sempre uguale in ogni fortuna, coll'eroico Belgio quasi esangue, colla valorosa Serbia, colle valanghe russe, che non hanno d'uopo che d'armi, ed aspettiamo fidenti nel campo di battaglia i rumeni, che non sono che cittadini di Roma antica, fatti possessori di lontane terre dalla gratitudine di Traiano; la lotta sarà aspra ... Noi combatteremo per la civiltà, per l'alta cultura, per le scienze, per le armi e per ogni alto fine che nobiliti il genere umano ».

Come Augusto Murri intende i doveri dell'ora presente.

Prima ancora che si iniziasse la guerra, il prof. Augusto Murri metteva sè ed il personale della sua Clinica a disposizione della Direzione di sanità di Bologna con la seguente lettera, la quale può valere di esempio e di monito a quei medici chiamati sotto le armi, che non sanno rassegnarsi ad occupare una posizione subordinata o non adeguata ai loro meriti:

« Mi rivolgo a lei in questa forma confidenziale per dirle con intera schiettezza che tutti noi della Clinica medica sentiamo il dovere di cooperare, come ci sarà meglio possibile, alla difesa dell'Italia, se questa dovesse scendere in guerra. Ma tutt'i miei assistenti han già degli obblighi a tale intento. Sol io non ne ho che uno ed è questo della mia coscienza. Sarà privilegio o sciagura dell'età. Ma sia che si voglia io ho bisogno di seguire l'impero della mia coscienza e perciò dico a lei, ottimo collega, a lei, che dirige il Servizio sanitario del VI Corpo d'armata, che s'io potessi non essere del tutto inutile nel caso previsto, Ella potrebbe comandarmi sicuro d'essere obbedito fedelmente in qualunque opera volesse affidarmi, non nelle alte, quali forse la benignità sua per me potrebbe tentarla d'assegnarmi, ma anche nella più umile di quanto Ella potesse aver bisogno,

poichè per me, come per moltissimi, la nobiltà dell'ufficio non può in questo esser determinata dalla natura dell'azione data, ma dal dare tutto per la nostra patria illustre, che non reclama altro, che il rispetto dei suoi diritti, negatogli finora dall'altrui prepotenza ».

Invitato a compiere una formalità burocratica che doveva sancire l'offerta, il prof. Augusto Murri scriveva al suo antico discepolo, cap. medico dott. De Napoli, il 18 marzo:

Io voglio essere *una cosa,* di cui loro potran fare ciò che vogliono, se stimeranno che alla mia verde età io non sia già come una cartuccia, la quale ha già servito a sparare.

S'è così, io aspetto ordini ».

Ospedale psichiatrico di guerra.

Da Treviso comunicano: « Guidati dai più nobili sentimenti di civismo e di umanità, gli illustri preposti alle Direzioni generali sanitarie civile e militare, hanno deliberato di istituire un frenocomio speciale per le malattie mentali provocate dalla guerra, scegliendone come sede più rispondente ad ogni esigenza, data la sua ubicazione, la città di Treviso.

Fu qui infatti l'altro ieri il colonnello direttore di sanità del V Corpo d'armata, per prendere, col direttore di questo manicomio provinciale, prof. Zanon, gli ultimi accordi concreti e definitivi in merito.

A disposizione di questo frenocomio di guerra vennero posti adatti locali ed oltre un centinaio di letti ».

Come combattono i nostri nemici.

Un comunicato del generale Cadorna dice:

« In qualcuno dei nostri feriti si sono constatate le prove dell'uso da parte del nemico di proiettili esplodenti. Anche l'accurato esame di frammenti di pallottole, raccolte in talune delle località ove ebbero luogo scontri, ha confermato l'impiego, per parte del nemico, di mezzi esplicitamente condannati dalle convenzioni internazionali ».

Secondo notizie ufficiali diramate dall'« Agenzia Stefani », militi e agenti austriaci travestiti hanno fatto fuoco sui nostri medici che curavano i feriti, sui feriti stessi e sui portaferiti.

Questi ed altri atti di assassinio vengono compiuti col ripugnante proposito di provocare delle rappresaglie, da parte delle truppe italiane, contro le popolazioni civili delle terre irredente.

L'insidia è stata prontamente sventata.

La coltura tedesca nel campo della ginecologia.

Nella lezione di chiusura, il prof. L. M. Bossi ha svolto il tema « I pericoli e le vittime della coltura tedesca nel campo ginecologico ». L'O. ha voluto dimostrare e documentare che in questo campo i tedeschi hanno compiuto varî furti, hanno commercializzato il sapere, si sono dimostrati pedanti, misoneisti, incapaci di idee nuove ed ardite; e hanno arrecato gravi danni, facendo molte vittime.

Servizio del materiale profilattico.

Con recente circolare ai prefetti, il Ministero dell'interno (Direzione generale della Sanità) impartì istruzioni per l'applicazione del Regolamento sul servizio del materiale profilattico, regolamento approvato con decreto ministeriale del 30 settembre 1914, che s'ispira al duplice scopo di assicurare il raggiungimento dei delicati fini di servizio ai quali il materiale profilattico è destinato, facendo sì che esso sia sempre conservato e mantenuto in piena efficienza, pronto ad essere facilmente e rapidamente utilizzato colà dove il bisogno ne richieda l'impiego, e garantire, contemporaneamente, la doverosa tutela del patrimonio ingente ch'esso costituisce e rappresenta. In relazione con tale duplice intento esso determina e disciplina nettamente e dettagliatamente le attribuzioni e le responsabilità dei funzionari tecnici e amministrativi preposti a questo importante servizio.

Il Ministero richiama ora l'attenzione dei Prefetti sui provvedimenti da adottarsi, provincia per provincia, per la pronta esecuzione del regolamento suddetto, in quanto riguarda il personale preposto alla custodia e alla garanzia reale da prestarsi dai consegnatari e la sistemazione del servizio contabile.

Per le analisi dei Laboratori di Stato sulla farina e sul pane.

Il Ministero dell'Interno ha fatto eseguire nei laboratori della Direzione generale di sanità una serie di ricerche sperimentali su numerosi campioni di farine e di pane, e i risultati di tali ricerche, fatte allo scopo di impedire facili tentativi di frode, sono riassunti in speciali istruzioni, che i Prefetti dovranno subito comunicare a tutti i laboratori comunali e consorziali di vigilanza igienica, e a tutti gl'istituti e laboratori incaricati delle analisi. È superfluo rilevare l'importanza di queste istruzioni che costituiscono un prezioso e sicuro controllo igienico sulla panificazione.

Le istruzioni contemplano l'analisi chimica (metodi per l'analisi delle farine, e metodi per l'analisi del pane); l'analisi micrografica; d'onde gli elementi per esprimere il giudizio. Le istruzioni sono molto pratiche e contengono anche un esempio, per norma e giudizi.

Giubileo del prof. Domenico Majocchi a Bologna.

Nel corrente anno accademico si compie il 35° anno d'insegnamento universitario del chiarissimo prof. Domenico Majocchi, ordinario di clinica dermosifilopatica nella R. Università di Bologna. Gli allievi, i colleghi, gli ammiratori dell'illustre maestro intendono in questa occasione di attestare a lui la stima ed il plauso che il suo insegnamento e la sua produzione scientifica hanno meritato in Italia e all'estero. Si propongono per ciò di solennemente offrire al maestro insigne una medaglia d'oro commemorativa. La Società italiana di dermatologia e sifilografia e l'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani si preparano alla loro volta a tributargli uno speciale omaggio. Il Comitato promotore è composto di una cinquantina di spiccate individualità scientifiche tra

cui ricordiamo i seguenti nomi di professori esteri: Darier e Leredde di Parigi; Durreuilh di Bordeaux; Jadassohn di Berna; Petrini De Galat di Bucarest; Ravogli di Cincinnati; Sommer di Buenos Ayres; Stellwagon di Filadelfia; vi erano compresi anche alcuni professori della Germania e dell'Austria, come Finger, Unna, Lesser, Herxheimer, ecc.

Segretario generale è il prof. Giovanni Pini (Bologna, via S. Stefano, 18).

Gli offerenti da lire 20 in più avranno una riproduzione in bronzo della medaglia.

Onoranze al senatore prof. Golgi.

Il Comitato esecutivo riunitosi a Pavia il 31 delo scorso mese, ha deliberato di rinviare le onoranze all'illustre Maestro, fino all'apertura del nuovo anno accademico, in vista delle eccezionali condizioni politiche del momento.

Il prof. Tonelli.

Il Consiglio accademico dell'Università di Roma a grandissima maggioranza ha rieletto rettore dell'Ateneo romano il professor Tonelli, il matematico insigne che da lunghi anni consacra la sua illuminata e provvida opera all'altissimo compito di reggitore dell'Ateneo romano.

Onoranze a Edinger.

È stato solennizzato il 60° compleanno del prof. Edinger di Francoforte. Alcuni giornali di neurologia e di medicina generale hanno consacrato numeri speciali e articoli al valente scienziato.

In onore di Winternitz.

In occasione del recente suo 80° compleanno il prof. W. Winternitz di Vienna — il padre dell'idroterapia scientifica — ha ricevuto in grande numero felicitazioni ed auguri.

Un premio a Fibiger.

Il premio danese intitolato Salomonsen, di circa L. 1000, è stato assegnato ad I. Fibiger, per la sua opera sulla trasmissione del cancro gastrico nei ratti speciali mediante parassiti (spirotteri) delle blatte.

In onore della signora Curie.

Per onorare la scopritrice del radium, il Municipio di Parigi ha assegnato il nome di Curie ad un piccolo parco, formato sventrando la vecchia via Dauphine.

Per le ricerche sul cancro in Germania.

Il Ministero prussiano della P. I. ha chiesto al Parlamento la continuazione dell'assegno di 25,000 marchi (36,500 lire), che da sei anni viene stanziato annualmente per gli studi sul cancro; esso è subordinato alla condizione che la somma venga raddoppiata per sottoscrizioni private. È già stata assicurata la sottoscrizione per il 1915.

L'assegno è destinato in massima parte a ricerche sul cancro compiute sotto la direzione di Ehrlich.

Il vaiolo in Austria.

Dal principio della guerra al 3 maggio erano stati denunziati a Vienna 1173 casi di vaiolo, di cui 252 letali.

Alcune università ed altri istituti di studio dell'Austria hanno reso obbligatorio un certificato che comprovi la vaccinazione o la rivaccinazione posteriormente al 1° gennaio 1910.

Infermiere per l'Austria.

La Croce Rossa americana ha inviato nell'Austria altre 9 esperte infermiere, che presero imbarco sul «Duca d'Aosta», via Genova.

I prigionieri in Germania.

Secondo notizie ufficiali, che riportiamo — analogamente ad altre, da giornali medici americani, in Germania erano confinati, sino al 15 aprile, 812,803 prigionieri.

Prima che i prigionieri russi vengano adibiti ai lavori, sono sottoposti ad una visita medica diligente che escluda le malattie contagiose.

Un ospedale danese in Francia.

È stato istallato in una città francese prossima al fronte di combattimento. È diretto dal prof. Ehlers, il quale viene coadiuvato da tre altri chirurghi. È capace di 24 letti.

Scambio di prigionieri feriti.

Secondo la «Medizinische Klinik», 200 prigionieri francesi gravemente feriti avevano, or è già qualche settimana, raggiunto Coblenza, destinati ad un cambio con prigionieri dalla Germania. Si tratterebbe di un primo nucleo di un contingente di 1200 prigionieri, del quale si è convenuto lo scambio.

Società austriaca contro le epidemie.

È stata fondata a Vienna. Ne fanno parte eminenti medici, come v. Pirquet e O. Störck. Si propone precipuamente la propaganda. Manderà una missione in Turchia per attivarvi la lotta contro le epidemie.

Al R. Istituto Veneto.

Al R. Istituto Veneto il 30 maggio nella seduta solenne del R. Istituto Veneto di scienze lettere ed arti, tenutasi nella grande sala al palazzo Loredan a Venezia, furono annunziati i premi conferiti e i nuovi temi banditi e poscia il prof. R. Massalongo tenne un discorso sull'opera scientifica di «Girolamo Fracastoro».

Per la istituzione di un dispensario antitubercolare a Cagliari.

Il prefetto della provincia di Cagliari ha ricevuto, a mezzo del rettore dell'Università, professore Casagrandi, una lettera dell'on. visconte Hythhe, presidente della Società Pertulosa e Gennamari-Ingurtosu, con la quale questi ha dichiarato di offrire la somma di lire 10,000, come suo contributo per l'impianto di un Dispensario antitubercolare in Cagliari, e lire 2500 all'anno per il mantenimento del Dispensario medesimo. Anche l'amministratore delegato di detta Società comm. Adriano Peloggio, ha fatto la sua offerta di lire 300.

Rassegna della stampa medica.

Journ. d. Prat., 24 apr. GLÉNARD: L'acqua fredda nella febbre tifoide.
The Journal A. M. A., 17 apr. WEIL: Chemoterapia e tumori. — SHIPPEN: Il coli nel latte pasteurizzato. — POTTENGER: La microcardia dei tubercolotici. — LEVISON: La leucocitosi nelle emorragie addominali.
Bull. de l'Ac. de Méd., 10 apr. MOSNY: Rieducazione professionale e riadattamento al lavoro. — GACHET: Bottone d'Oriente.
Zbl. f. Chir., 24 apr. HABERLAND: Sul trattamento degli aneurismi da arma da fuoco.
Arch. f. Sch.- u. Tr.- Hyg., n. 8. SMITS: Sulla dissenteria e suo trattamento.
Gazz. d. Osp., 25 apr. PASCALE: Neuro-artritismo e sindrome emorroidaria.
La Ginecol. Moderna, genn.-apr. BOSSI: Neuropsicopatie di origine genitale, ecc. — BOSSI: Può ancora essere indicata la castrazione quale cura dell'osteomalacia? — BOSSI: In difesa delle donne violentate da soldati. — LEVI: Sulla emoterapia dell'iperemesi gravidica.
The Lancet, 24 apr. Medicina di guerra.
Brit. Med. Journ., 24 apr. HEATON: L'analisi gastrica. — DE THIERRY-MOUILLOT: I metodi clinici di laboratorio nelle malattie del metabolismo. — Medicina di guerra.
Pensiero Med., 25 apr. MICHELI: La diazoreazione di Ehrlich col metodo Levi. — ROSSI: Fototerapia del gozzo. — MERLINO: Vaccinazioni antitifiche in Libia. — BONZANI: Terapia dell'ulcera dello stomaco e del duodeno.
La Presse Méd., 22 apr. NOGIER: Sull'applicazione della corrente elettrica al trattamento dei feriti. — CONINGI DÉJERINE: Schemi per lo studio delle lesioni nervose.
Boll. d. Mal. dell'orecchio, ecc., apr. ALAGNA: Sinusiti mascellari traumatiche.
Münch. Med. Woch., 27 apr. v. HERFF: Come opporsi alle infezioni locali delle ferite. — HUNY: Trattamento delle sepsi generali.
Medic. Record, 24 apr. COLLINS: Astasia-abasia. — ABRAHAMS: Indicazioni per il trattamento delle cardiopatie.
The Journal A. M. A., 24 apr. WIGGERS: La grafica del polso arterioso normale. — SEVER: Prognosi e trattamento della tubercolosi del ginocchio nell'infanzia. — WATERS: Roentgenizzazione del timo nel morbo di Basedow.
Berl. Klin. Woch., 26 apr. MELTZER: Sull'insufflazione intratracheale. — OEDER: Lo stato normale della nutrizione. — v. ZEISSL: Influenza di alcune malattie infettive sul decorso delle ferite.
Gazz. d. Osp., 29 apr. SCANDOLO: Sulla vitalità intestinale nello strozzamento erniario.
Lo Speriment., II, 30 apr. FIORI: Sul condiloma acuminato. — PERUZZI: Ipertrofia ed iperplasia renale compensantoria. — GASBARRINI: Studî sulla malaria. — MINERBI: Trattamento della miasi sinusale.
Bull. d. Sc. Med., n. 3. CAVINA: Azione abortiva degli estratti placentari. — FORNI: Sul cosidetto fegato accessorio.
Wien. Klin. Woch., 29 apr. v. HABERER: Gli aneurismi in guerra. — v. KOUSCHEGG: Fissazione del complemento nel vaiolo. — IRK: Flemmoni e ascessi da feci nelle ferite dell'addome.
Tumori, mar.-apr. STROFENI: Carcinoma primitivo di un lobo aberrante presternale della mammella. — FORNI: I tumori primitivi del pericardio. — RONCALI: Spermioblastoma a tessitura corioepiteliale. — NASSETTI: Tumori a fibre muscolari liscie dello stomaco.
Pacific Med. Journal, apr. MAC DONALD: La guerra e l'antropologia criminale.
La Presse Méd., 29 apr. Medicina di guerra.
Riv. di Medic Legale, apr. MORIANI: Sul valore docimastico dei centri respiratori bulbari.
Giorn. intern. di Sc. Med., 30 apr. RUBINO: Splenomegalia primitiva con cirrosi epatica ipertrofica venosa.
Bull. de l'Ac. de Méd., 27 apr. DOMUÉZON: Bacillo paratifico aberrante. — BERGONIÉ: Estrazione di proiettili magnetici.
Il Morgagni, apr. CARPANI: Terapia del rachitismo. — FABBRETTI e LEONCINI: Rottura delle valvole aortiche.
La Clin. Med. It., apr. CATTANI: Il fremito arterioso: un segno di sofferenza aortica. — MICHELI: Sull'emoglobinuria parossistica a frigore. — MALERBA: Alterazioni renali per azione di diuretici. — SISTO-VERRUA: Deviazione del complemento nelle affezioni tubercolari.
La Clin. Ostetr., 30 apr. CURTI: Maternità senza dolore.
La Pratica Oto-rino-laring., 30 apr. PUSATERI: Piolabirintiti nelle otiti medie purulente acute. — DELLA VEDOVA: Sulle malattie della voce parlata.
L'Attualità Med., apr. ZUCCARI: Chirurgia di guerra.
Rev. Clín. de Madrid, 30 apr. MARANON: Glicosuria consecutiva all'ingestione di adrenalina.
Gl'Incurab., 30 apr. AIEVOLI: Plastiche ed operazioni ortomorfiche sulle pareti addominali.
Il Lavoro, 30 apr. TEMPINI: Neuralgie da occupazione.
Ann. di Ostetr. e Ginec., 30 apr. COLLE: Sull'azione degli estratti di placenta. — CEOLA: Sierodiagnosi della gravidanza col metodo del substrato colorato. — BACCIALLI: Sul chimismo gastrico in gravidanza.
Riv. Ospedal., 30 apr. COLESCHI: Localizzazione dei corpi estranei ai raggi X.
Arch. di Ortop., apr. ANDREINI: Singolare frattura dell'estremo sup. dell'ulna. — CHIARUGI: Lussazione traumatica centrale del femore. — BARGELLINI: Piede cavo con spina bifida occulta.
Ann. de Méd., apr. MORPURGO: Influenza della parabiosi sullo sviluppo dei cancri inoculati. — CHEVALIER: Siderosi e melanodermia in rapporto alle funzioni spleniche.
La Stomatol., 1 magg. BRUGNATELLI: Immunità e suscettibilità alla carie dentale.
Riv. crit. di Clin. Med., 1 magg. OLLINO: Setticemia diplococcica con reazione proliferativa sistematizzata degli organi ematopoietici. — BARBIERI: Sulla diagnosi della crisi gastrica tabetica.
Zbl. f. Chir., 1 magg. CHLUMSKY: Come si deve amputare?
Pathologica, 1 mag. RONCHETTI: Piastrinopenia da benzolo. — LA CAVA: Un caso di beri-beri nell'Italia Meridionale. — FINATO e NOVELLO: Trattamento profilattico della pellagra.

Rif. di Ig. e San. Pubbl., 1 magg. BERTARELLI: L'alimentazione del soldato in guerra. — PIÑZANI: L'esame microscopico del pane.
La Rif. Med., 1 magg. OLLINO: Studi enterologici. — FERRANNINI: Valore clinico della reazione di Weisz. — SCINICARIELLO: Meningomielite spinale sifilitica.
The Lancet, 1 magg. HANDLEY: Ileo entero-colico infiammatorio. — GRANT: Chirurgia plastica facciale.
Gazz. d. Osp., 2 magg. MOSTI: Strozzamento erniario delle appendiciti epiploiche. — CASSANELLO: Allacciamento simultaneo della carotide primitiva e della giugulare interna.
Kl.-ther. Woch., 26 apr.-3 magg. MARAGLIANO E.: Vaccinazione profilattica antitubercolare.
Arch. d. Mal. d. sang., ecc., magg. BARD: Apprezzamento delle resistenze periferiche mercè l'ascoltazione dei soffi arteriosi.
Lucina, 1 magg. MICELI: Cataratta e tossicosi gravidica.
Riv. Sanit. Sicil., 1 magg. BENTIVEGNA: I medici scolastici e l'igiene della scuola.
La Pediatria, magg. LUNA: Röntgenterapia dell'asma timolinfatico. — FONZO: Guaribilità della meningite tubercolare. — FADDA: Prognosi della tubercolosi ganglio-pulmonare nei lattanti.
Pensiero Med., 2 magg. ROASENDA: Anatomopatologia di tabetico. — SIGISMONDI: Polialalia. — GILBERTI: Cura rapida della fistola anale per prima intenzione.
Berl. Klin. Woch., 2 magg. FRANK: La trombopenia essenziale. — KAMINER: Radimuterapia di cicatrici. — Medicina di guerra.
Münch. Med. Woch., 4 magg. FABRY e FISCHER: Sul salvarsan sodico. — KUAFFL-LENZ: Trattamento delle ferite con carbone animale. — v. WASIELEWSKI, WULKER, KULKA: Contro i pidocchi.
The Journal A. M. A., 1 magg. KOLMER: La sierodiagnosi di Landau della sifilide. — WILL e STOKES: Il liquido cerebro-spinale nella sifilide iniziale del sistema nervoso. — PFAHLER: La roentgenterapia profonda del cancro.
Medic Record, 1 magg. BARBER: La dilatazione cronica dello stomaco.
Edinb. Med. Journal, magg. BRAMWELL: Infantilismo pancreatico. — EMOLIÈ: Guerra e psichiatria.
Bull. de l'Ac. de Méd., 11 magg. ROUTIER: Amputazioni secondarie tardive. — DE LA RIVIÈRE e LECLERCQ: Gas irritanti usati dai tedeschi.
Biochim. e Ter. Sper., genn.-febb. ROSSI: Sull'azione del piombo. — IUSPA: Azione di alcuni derivati della chinina sulla *Leishmania infantum, in vitro.*
Arch. di Farmac. sper., ecc., 15 apr. GANGI: Ricerche sul colpo di calore. — SEBASTIANI e GALASSI: Azione pirogena e antigena delle proteine tifiche.
Wien. Klin. Woch., 6 magg. SCHLESINGER: La sindrome di compressione del liquido cerebrospinale; un tumore del midollo spinale operato con successo. — MAZZA: Batterioterapia dell'ozena.
Riv. crit. di Clin. Med., 8 magg. CANTIERI: La sieroterapia della febbre mediterranea.
Derm. Woch., 8 magg. BOECK: Avvelenamento letale da resorcina per uso esterno.
Zbl. f. inn. Med., 8 magg. AM. ENDE: La difesa delle comunità contro le epidemie in guerra.
Zbl. f. Chir., 8 magg STEINTHAL: Tecnica delle operazioni degli aneurismi in guerra.
La Rif. Med., 9 magg. ASCOLI M.: La dissenteria.
L'Idrologia, ecc., marzo. PELLIZZARI: Epiteliomi della cavità buccale curati col radium.
La Presse Méd., 6 magg. LAGANE: La diagnosi del colera coi mezzi di laboratorio. — COUPIN: I batteri e la nomenclatura. — Medicina di guerra.
The Lancet, 8 magg. OSLER: L'aneurisma arterovenoso. — FINDLAY: L'etiologia del rachitismo.
Gazz. d. Osp., 9 magg. MARAGLIANO V.: La radiologia nella pratica della chirurgia di guerra. — BERTOLINI: La terapia del tetano secondo gli insegnamenti della presente guerra.
Pensiero Med., 9 magg. PIETRI: Azione degli estratti di tessuti. — MANTELLA: Infezioni paratifose nell'infanzia.
Paris Méd., 8 magg. COURTELLEMONT: Tetani parziali. — SOMEN: Il massaggio nelle ferite di guerra. — DEBAT: Guarigione rapida delle dermiti.
Berl. Klin. Woch., 10 magg. NEISSER: Quando si deve esaminare il liquido cerebro-spinale dei sifilitici? — SECHER: *Aplasia renis e venae cardinales resistentes.* — FRANK: La trombopenia essenziale.
Münch. Mediz. Woch., 11 magg. v. SEUFFERT: Roentgenterapia profonda dei carcinomi. — PLOEGER: Sugli aneurismi traumatici. — SCHAFER: Trattamento delle ferite del cuore.
Riv. di Ig. e San. pubbl., 16 magg. BERTARELLI: La profilassi del tifo esantematico.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.